

Universidade do Minho  
Instituto de Educação e Psicologia

Nadia Regina Loureiro de Barros Lima

**Lúpus em mulheres e a construção discursiva da doença:  
A feminilidade e o adoecer feminino como uma inscrição dos  
afetos no corpo**

Fevereiro de 2009

## DECLARAÇÃO

**Nome:** Nadia Regina Loureiro de Barros Lima

**Endereço Electrónico:** nadiarlbl@gmail.com

**Título da Tese de Doutoramento:**

Lúpus em mulheres e a construção discursiva da doença:

A feminilidade e o adoecer feminino como uma inscrição dos afetos no corpo

**Orientadora:**

Professora Doutora Maria da Conceição de Oliveira Carvalho Nogueira

**Ano de Conclusão:** 2009

**Ramo do Conhecimento do Doutoramento:**

Psicologia Social

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA, QUE TAL SE COMPROMETE.

UNIVERSIDADE DO MINHO, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Universidade do Minho  
Instituto de Educação e Psicologia

Nadia Regina Loureiro de Barros Lima

**Lúpus em mulheres e a construção discursiva da doença:  
A feminilidade e o adoecer feminino como uma inscrição dos  
afetos no corpo**

Tese de Doutoramento em  
Psicologia Social

Trabalho efectuado sob a orientação da  
**Professora Doutora Maria da Conceição de Oliveira Carvalho  
Nogueira**

Fevereiro de 2009



## NOTA DE ESCLARECIMENTO

Esta tese segue as normas do novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa vigente a partir de janeiro de 2009.



*Feliz aquele que transfere o que sabe  
e aprende o que ensina.*

Cora Coralina





Dedico este trabalho  
à minha mãe e a Salomão (*in memoriam*),  
que souberam transferir o que sabiam e aprender com o que ensinavam;

a meus filhos Salomão e Lucas,  
com quem aprendo a compartilhar o gosto pelo saber e a alegria de viver.



## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Conceição Nogueira, pela oportunidade de reflexão sobre uma perspectiva crítica dos Estudos de gênero na Psicologia inserido num projeto transformador do feminismo em Portugal; pela orientação, acolhimento e atenciosa disponibilidade nessa experiência de produção teórica.

Às companheiras e amigas de caminhada feminista, pelos momentos de trocas de idéias e reflexões. Particularmente, Laura, pela leitura atenta, instigantes questionamentos e valiosas sugestões sobre o desafio de um olhar de gênero para o Lúpus em mulheres; Elvira, pelas trocas de idéias, reflexão e longas e intermináveis interlocuções sobre os rumos do feminismo.

Às colegas e amigas psicanalistas pela oportunidade de estudos e discussão sobre as afecções psicossomáticas à luz da Psicanálise;

Ao Dr. Georges, médico e companheiro de caminhada no GapLúpus, pela colaboração, sempre disponibilizando sua valiosa experiência para um melhor entendimento sobre o saber médico e o Lúpus;

Às mulheres portadoras de Lúpus, graças às quais este trabalho foi realizado;

Aos amigos e amigas de Portugal, pelo acolhimento, apoio, amizade e cooperação;

Aos meus filhos, pela compreensão e apoio efetivo durante todo o percurso de realização desse trabalho;

À minha tia, escuta afetuosa, atenta, sempre interessada e disponível para escutar o trajeto dessa produção;

À minha mãe e Salomão (*in memoriam*), suportes afetivos e presenças vivas em minha vida.



## Resumo

Os Estudos de gênero têm contribuído com diversas áreas de saberes e de intervenção para o processo de transformação social, direcionando seu foco de interesse para as marcas patriarcais impingidas no corpo social. A saúde constitui uma dessas áreas e o fenômeno do adoecer é concebido à luz do *complexus*, como uma totalidade biopsicosocial. A análise do adoecer feminino se constrói dialogando com diversos campos do conhecimento; com o corpo sendo concebido como um dispositivo de poder (biopoder) e as patologias femininas como relacionadas a situações de conflito. Diante dos padrões de feminilidade impostos, as mulheres reagem de modo diferenciado e uma das formas de reação é pela via do adoecimento. A investigação sobre as patologias femininas, diante dos traços conscientes e inconscientes constituintes da *psyché*, privilegia os sintomas inconscientemente produzidos pelo sujeito. Considerando a incidência predominante de Lúpus em mulheres, a presente investigação objetiva examinar as implicações da construção discursiva da subjetividade feminina no adoecer, a partir da posição de sujeito no discurso. Conforme a Análise Foucaultiana do Discurso, se busca como os saberes são discursivamente construídos e o funcionamento discursivo produz sentidos, estabelecendo relações entre práticas discursivas e os discursos constitutivos dessas práticas. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com mulheres portadoras de Lúpus em Maceió (AL) – Brasil. Foram realizadas dezessete entrevistas, gravadas e posteriormente transcritas para análise, resultando num texto; a partir deste, foi selecionado um *corpus* de enunciados e montado um quadro temático com os seguintes discursos: feminilidade, psicossomático (médico, psicanalítico), patriarcal (religioso, familiar), *feminista espontâneo*. Um dos aspectos relevantes desse estudo consiste em conhecer os mecanismos que produzem efeitos de sentido androcêntrico no adoecer feminino. O procedimento operacional contou com um roteiro de questões em torno de três eixos temáticos. O primeiro – trajetória pessoal e familiar – apontou para a construção discursiva patriarcal e suas repercussões sobre o controle da sexualidade, pela submissão feminina à lei do pai. O segundo – surgimento da doença – remeteu para a construção discursiva da culpabilidade feminina veiculada pelo discurso patriarcal religioso que sedimenta nas mulheres o histórico sentimento de culpa feminina. Enfim, o terceiro – percepção de si e da doença – direcionou para o discurso psicossomático como construtivo do sentido do adoecer, trazendo à tona a influência dos fatores emocionais (estresse, perdas,

separação) no desencadeamento do Lúpus. Na divisão de poder entre os espaços público e privado que tende a demarcar os limites do masculino e do feminino, o poder dos afetos é percebido como intrinsecamente vinculado ao corpo feminino que adoecer. O resultado da análise aponta para a presença nas práticas discursivas de traços similares às patologias femininas, funcionando o adoecer como uma inscrição dos afetos no corpo. Esse resultado, uma leitura possível entre outras, sugere a necessidade de se incorporar o olhar de gênero aos estudos médicos sobre o adoecer, bem como às suas práticas profissionais, tendo em vista um novo olhar sobre a relação saúde e doença.

## Abstract

The gender studies have been contributing with several areas of knowledge and of intervention for the process of social transformation, addressing its focus of interest for the marks patriarchal impish in the social body. The health constitutes one of those areas and in her the phenomenon of getting sick is conceived to the light of the complexus, as a totality biopsychosocial. The analysis of getting sick feminine she builds dialoguing with several fields of the knowledge; with the body being conceived as a device of power (biopower) and the feminine pathologies as related the conflict situations. Before the patterns of femininity obliged, the women react in a differentiated way and one in the reaction ways is for the road of the sickening. The investigation on the feminine pathologies, before the conscious lines and unconscious representatives of the psyche, privileges the symptoms unconsciously produced by the subject. Considering the predominant incidence of Lupus in women, to present investigation objectifies to examine the implications of the discursive construction of the feminine subjectivity in getting sick, starting from subject's position in the speech. As the Analyses of the speech by Foucault is looked for as you know them they are built in a discursive way and the discursive operation produces senses, establishing relationships among practice discursive and the constituent speeches of those you practice. The data were collected by means of interviews with women carriers of Lupus in Maceió (AL) – Brazil. Seventeen interviews were accomplished, recorded and later on transcribed for analysis, resulting in a text; starting from this, a corpus of statements was selected and mounted a thematic picture with the following speeches: femininity, psychosomatic (medical, psychoanalyses), patriarchal (religious person, family), spontaneous feminist. One of the important aspects of that study consists of knowing the mechanisms that produce effects of andocentric sense in getting sick feminine. The operational procedure counted with a route of subjects around three thematic axes. The first – personal and family course – it pointed for the patriarchal discursive construction and its repercussions on the sexuality control, for the feminine submission to the father's law. The second – appearance of the disease – it sent for the discursive construction of the feminine guilt transmitted by the religious patriarchal speech that forms sediment in the women the historical feeling of feminine blame. Finally, the third – perception of itself and of the disease – it addressed for the psychosomatic speech as constructive of the sense of getting sick, bringing to the tunes the influence of the emotional factors (stress,

losses, separation) in the in the breaking out of Lúpus. In the division of power among the public and private spaces that it tends to demarcate the limits of the masculine and of the feminine, the power of the affections is noticed as intrinsically linked to the feminine body that gets sick. The result of the analysis points for the presence in the discursive practices of similar lines to the feminine pathologies, working getting sick as a registration of the affections in the body. That result, a possible reading among other, suggests the need to incorporate the gender glance to the medical studies on getting sick, as well as to its professional practices, tends in view a new one to look at about the relationship health and disease.



## SUMÁRIO

Nota de esclarecimento .....	iii
Dedicatória .....	vii
Agradecimentos .....	ix
Resumo .....	xi
Abstract .....	xiii
 INTRODUÇÃO.....	 1
 PARTE I – PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS: DO CORPO COMO TEXTO AO CONTEXTO PATRIARCAL.....	 9
 <b>Capítulo 1</b> Lúpus em Mulheres: O Fenômeno do Adoecer e o Adoecer Feminino .....	 11
1.1 <i>O Fenômeno do Adoecer, um Breve Histórico: da Unidade à Fragmentação ..</i>	13
1.1.1 <i>O Saber Médico e o Corpo como Organismo:</i> <i>A Dimensão Anatômica e o Res Extensa Cartesiano.....</i>	20
1.1.2 <i>O Saber Psicanalítico e o Corpo Erógeno:</i> <i>De Como o Organismo se Transforma em Corpo .....</i>	24
1.1.3 <i>O Saber Psicossomático e o Corpo como Inscrição Indecifrável:</i> <i>Sobre a Falha Epistemossomática .....</i>	33
1.2 <i>Lúpus, um Adoecer em Mulheres .....</i>	41
1.2.1 <i>O que é o Lúpus? .....</i>	42
1.2.2 <i>Estresse, Sistema Imunológico e Doenças Autoimunes.....</i>	48
1.2.3 <i>O Olhar Psicossomático:</i> <i>O Emocional nas Doenças .....</i>	52
1.3 <i>O Adoecer Feminino, Um Olhar de Género .....</i>	59
1.3.1 <i>Feminilidade, uma Construção Masculina .....</i>	61
1.3.2 <i>Género e Corpo, uma relação de poder:</i> <i>O biopoder .....</i>	70
1.3.3 <i>Patologias Femininas e Feminilidade:</i> <i>Uma Arena de Conflitos, Protestos e Recuos .....</i>	81

<b>Capítulo 2</b> Discussão Metodológica e Percurso Investigativo .....	91
2.1 <i>Sobre o Dispositivo Teórico-Metodológico de Análise</i> .....	91
2.2 <i>O Lúpus em Mulheres e as Condições de Possibilidades da Doença:</i> <i>Detalhando o Percurso Investigativo</i> .....	101
 PARTE II – LÚPUS EM MULHERES, UM ADOECER FEMININO:.....	111
SUBMISSÃO, CULPA E PERDAS .....	111
 <b>Capítulo 3</b> A Construção Discursiva do Lúpus: Condições de Possibilidades do Adoecer e Efeitos Discursivos.....	113
3.1 <i>Trajetória Pessoal e Familiar</i> <i>Construção Discursiva Patriarcal e o Controle da Sexualidade: A Submissão</i> <i>Feminina à Lei do Pai</i> .....	114
3.2 <i>Surgimento da Doença</i> <i>Construção Discursiva da Culpabilidade Feminina e o Discurso Patriarcal</i> <i>Religioso: Repressão e Culpa nas Mulheres</i> .....	128
3.3 <i>Percepção de si e da Doença</i> <i>Construção Discursiva Psicossomática do Corpo que Adoece: As Perdas e o</i> <i>Poder dos Afetos</i> .....	145
3.4 <i>Submissão, Culpa e Perdas em Mulheres:</i> <i>Lúpus, um Adoecer Feminino</i> .....	173
 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	181
 REFERÊNCIAS .....	187
 ANEXO 1 – <i>Ai, que saudade da Amélia</i> .....	197

**Índice de Tabelas**

Tabela 1: Frequência das manifestações clínicas do LES ao longo de sua evolução.....	44
Tabela 2: Sintomas clínicos no LES em percentagem .....	49
Tabela 3: Caracterização social das enunciante.....	103
Tabela 4: Surgimento da doença e repercussões na vida.....	130
Tabela 5: Principal sintomatologia apresentada no surgimento do Lúpus .....	141



## **Índice de Quadros**

Quadro 1: Nosografia psicanalítica; principais grupos e fatores etiológicos .....	26
Quadro 2: Manifestações clínicas do Lúpus: Critério e definição.....	46



**Índice de Figuras**

Figura 1: Topologia dos três registros .....	29
Figura 2: Rush malar (“asa de borboleta”) .....	47
Figura 3: Vasculite .....	47
Figura 4: Esquema do apelo e do retorno .....	56
Figura 5: Organização Social .....	73
Figura 6: Vida social generizada .....	73
Figura 7: Rush Malar (“asa de borboleta”).....	142
Figura 8: Rush Malar (“asa de borboleta”) e alopecia.....	142
Figura 9: Lúpus discóide .....	142





## INTRODUÇÃO

Meu sentido das verdades contrárias e minha recusa das verdades isoladas suscitaram os princípios de um pensamento complexo, isto é, de um pensamento que relaciona o que, por origens diversas e múltiplas, formam um tecido único e inseparável: *complexus*.

Morin, E. (1997, p.257).

*Complexus* = aquilo que é “tecido” junto.

Morin, E. (1996, p.215).

Tecer era tudo que fazia. Tecer era tudo o que queria fazer (...) Linha clara, para começar o dia (...) e à noite, depois de lançar seu fio de escuridão, dormia tranquila.

Colasanti, M. (1992, pp.9-10).

Um galo sozinho não tece uma manhã: ele precisa de outros galos (...) / que com muitos outros galos se cruzem / os fios de sol de seus gritos de galo, / para que a manhã, / desde uma teia tênue, / se vá tecendo, / entre todos os galos.

João Cabral de Melo Neto (1979, p.19).

### **De fios e de teias, de rendas e de redes**

Das afirmações acima, destacamos algumas referências – tecido, tecer, fios, teia – que costuram os pensamentos entre si, enredando-os, muito embora sejam oriundos de campos de saberes distintos; como fios se entrelaçando, este saberes se encontram enlaçados por um fio que une no diverso, que costura, por trás da variação superficial, o saber poético e o epistêmico. Este fio é o princípio que organiza o todo ancorado nos pilares da contradição, da totalidade, da relação dialógica.

Trata-se do fio do *complexus*, suporte do *paradigma de complexidade* concebido por Morin (*Ciência com Consciência*, 1996; *Meus Demônios*, 1997; *A inteligência da complexidade*, 2000), e que opera de acordo com os princípios da distinção, conjunção e implicação, contrapondo-se ao paradigma de simplificação. Em

oposição a este, o pensamento complexo questiona o determinismo estreito, o postulado da simplicidade, o critério da objetividade e o suposto da causalidade linear e os princípios da redução, disjunção e abstração, fundamentados na filosofia positivista. Mais particularmente no procedimento investigativo, o *complexus* tem como critérios característicos: necessidade de inserir o objeto de estudo em seu contexto; unir objeto e pesquisador (já que aquele é produtor de sentidos); entender os elementos de investigação como complexos (não há elementos simples), marcados por relações distintas (contradição, complementaridade, heterogeneidade, antagonismos).

Em nosso processo investigativo, propomos apreender como as mulheres portadoras de Lúpus constroem discursivamente o fenômeno do adoecer; tão antigo quanto a história da humanidade, este fenômeno é por natureza um acontecimento multidimensional e, como tal, implica o entrelaçamento de vários fios, os fios dos saberes, dos quais destacamos os médico, psicanalítico, psicossomático e de gênero, entre tantos outros existentes.

Em consonância com nossa questão de pesquisa – De que modo traços da construção subjetiva feminina estão presentes nas ações discursivas das mulheres portadoras de Lúpus e que implicações isso tem no processo do adoecer? – a fiação mestra a delinear a configuração do processo de análise, costurando esses campos de saberes, é o campo dos Estudos de gênero; se buscamos apreender como as mulheres constroem o adoecer, a tessitura do feminino é o ponto de partida, inserido na rede de relações sócio-históricas, em que homens e mulheres são socialmente construídos e o adoecer feminino produzido.

De acordo com a complexidade do real e com a construção do conhecimento como um processo de aproximação do objeto de análise, além dos Estudos de gênero, os outros fios de saberes convocados compõem a teia de relações que, conjuntamente, vão desenhar o fenômeno do adoecer feminino. Assim sendo, tanto o objeto de análise quanto os Estudos de gênero (por natureza transdisciplinar) são da ordem do *complexus*; estes Estudos consistem num recorte da produção do conhecimento que tem tratado dos sentidos atribuídos à construção subjetiva de homens e mulheres através da história, em diversas épocas e espaços culturais.

Entre as características desses Estudos, destacamos: o foco de atenção na categoria gênero como instrumento de análise da construção social de homens e mulheres, que se fundamenta em relações desiguais e é intrinsecamente relacional, histórica e política; a base do poder se fundamenta no patriarcado, que perpassa todas as

instâncias sociais, inclusive a da construção do conhecimento; a ênfase na lógica da inclusão (e ... e), que se contrapõe à binária e excludente (ou ... ou). Esses traços apontam para a necessidade da discussão dos paradigmas; pela via dessa lógica da inclusão, se entendem as patologias de protesto como um modo de adoecer feminino fundamentado na concepção de poder em Foucault e que trazem em seu bojo traços de submissão e protesto em relação à feminilidade.

É nesse sentido que os Estudos de gênero vêm aderindo a esta discussão, na medida em que, por um lado, questiona a leitura cartesiana sedimentada numa visão simplificadora e reducionista do saber, centrada na razão e exclusão do corpo e emoção na construção do conhecimento; na objetividade, neutralidade científica, causalidade linear, separação sujeito e objeto; e, por outro, adota um feminismo complexo (Sánchez, 1999; Burin & Dio Bleichmar, 1996), trazendo para a discussão feminista os princípios que dão suporte à complexidade, ao tempo que tecem redes de articulação com outros campos de saberes, ligando pontos e criando possibilidades de pontes de diálogo.

Dialogicamente essa concepção é representada pela imagem itinerante da espiral, itinerância esta que dá conta do vai-e-vem processual da construção do conhecimento e que Morin (1997, p.187) para esclarecer sua idéia, se vale da poética de Antonio Machado: “*Caminante no hay camino, camino se hace al andar.*” Em sua reflexão sobre a noção de dialógica em Morin, Sánchez (1999, p.172) afirma que ele precisava da espiral, imagem itinerante: “*A itinerância implica uma... desvalorização relativa das idéias de fim e de solução... Como conceber fins que não sejam eles mesmos caminhantes? A finalidade está no caminho.*”

As referências acima – tecer, fios, teia –, além de apontarem para um tipo de pensamento que costura os saberes poético e epistêmico com o fio do *complexus*, apontam também para o feminino, seja no imaginário coletivo, seja na construção simbólica. Contextualizando-as na formação social alagoana do nordeste brasileiro, destacamos como a tecedura da renda está presente na vida das mulheres: “Onde há rede, há renda”, diz um dito popular e, enquanto o homem pesca, a mulher renda, tecendo rendas – labirinto, filé, rendedê, renda de bilro.

Para além da particularidade histórica, no imaginário coletivo, as mulheres vivem tecendo – puxando fios, ligando pontos, tecendo redes, criando laços – desde as teias de Penélope às dos dias atuais; é do atual que fala Colasanti (1992) em seu conto “A moça tecelã”, que vivia tecendo porque “Tecer era tudo o que queria fazer” e tecendo o bordado, afirma Moraes (1996, p.78) na reflexão que faz sobre o conto

(“Tecendo uma nova Penélope”), tece também a vida pois, “Passando o dia a tecer, a atividade da tecelã, no entanto, não é passiva. Mais do que criar um bordado, ela cria sua própria vida, ao tecer a luz da manhã ou escolher um fio escuro pra fazer chegar a noite.”

No entrelaçamento personagem/autora/palavra, continua Moraes (1996), a palavra é instrumento de Colasanti, mas também é metáfora do fazer feminino, e no conto se entrelaçam a tessitura (ação da escritora) e a tecedura (ação da personagem).

O sentido do fio da palavra e do feminino em nosso processo investigativo é de fundamental importância, seja porque buscamos apreender como as mulheres portadoras de Lúpus constroem o adoecer – e aí já está posto o sujeito discursivo e a construção de sentidos –, seja pelo referencial dos Estudos de gênero feministas, uma construção teórica e também política que, apostando na mudança da relação desigual entre homens e mulheres, tem no fio da palavra seu instrumental mobilizador básico; seja pela interseção dos Estudos de gênero com o saber psicanalítico, que também deposita na palavra o potencial mobilizador de mudanças subjetivas.

A importância de nossa proposta investigativa se justifica por várias razões e, entre elas, as de ordem médica, bem como de gênero. Do ponto de vista médico o Lúpus é categorizado no CID<sup>1</sup> como uma doença reumática, designado Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e, entre as doenças reumáticas, pertence ao grupo das doenças inflamatórias do tecido conjuntivo. Em relação às doenças reumáticas em geral, conforme Helfenstein Jr., (2004, p.7), estas

são altamente prevalentes, afetando 3 a 8% da população mundial. Podendo-se, mesmo, afirmar que ¼ dos adultos sofre de algum problema relacionado ao sistema musculoesquelético.

Como consequência, essas enfermidades provocam um importante impacto médico, social e econômico, decorrente da significativa morbidade, dos afastamentos do trabalho e dos gastos públicos e privados.

Estes distúrbios representam a terceira causa entre todas as consultas médicas, provocando mais incapacidade que a doença cardíaca e o câncer, e correspondem à consulta mais demorada e trabalhosa em relação à avaliação e ao tratamento.

---

<sup>1</sup> CID – Categorização Internacional das Doenças/ Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), código M32.

Entre os grupos de moléstias, continua Helfenstein Jr., (2004), o Lúpus faz parte do grupo que apresenta maior morbidade e até mesmo mortalidade, conhecido como grupo de doenças difusas do tecido conjuntivo ou doenças reumáticas autoimunes. Um dado relevante dessas doenças, em relação ao nosso tema de pesquisa, é a prevalência de mulheres nessas doenças autoimunes que, no caso do Lúpus, atinge as mulheres em 90% dos casos<sup>2</sup>.

Entre os estudos acadêmicos realizados sobre o Lúpus<sup>3</sup>, alguns deles, apesar de reconhecerem a importância de apreender as razões da incidência em mulheres, para além dos fatores biológicos, não têm se detido na questão de gênero. Avaliamos ser de fundamental importância um estudo que venha a preencher essa lacuna, buscando investigar a doença a partir de um olhar generizado, cujos resultados serão de grande valia para a área social, da saúde, psicológica, entre outras.

### **Tecendo a renda**

Na perspectiva do *complexus*, o tecer também é intrínseco à produção do conhecimento, pela tessitura da palavra e dos sentidos, em que fios de saberes se entrelaçam, ligando pontos, criando pontes para dialogar, articulando termos, criando laços interdisciplinares, tecendo redes e comunicação transdisciplinar. Em nosso processo de análise sobre o adoecer feminino, na tessitura da teia investigativa, buscamos ligar pontos entre saberes que tratam do fenômeno do adoecer feminino, numa perspectiva moriniana:

Precisamos, portanto, para promover uma nova transdisciplinaridade, de um paradigma que, decerto, permite distinguir, separar, opor, e, portanto, dividir relativamente esses domínios científicos, mas que possa fazê-los se comunicarem sem operar a redução. O paradigma que denomino simplificação (redução/separação) é insuficiente e mutilante. É preciso um paradigma de complexidade, que, ao mesmo tempo, separe e associe, que conceba os níveis de emergência da realidade sem os reduzir às unidades elementares e às leis gerais.

Consideramos os três grandes domínios: física, biologia,

---

<sup>2</sup> Uma outra doença reumática que também tem forte incidência em mulheres (90%) é a fibromialgia, conhecida como a doença da dor.

<sup>3</sup> Braga Jr., J.W.R. (1996); Araújo, G.R.B.de. (1989); Araújo, A.D. (2004).

antropossociologia. Como fazê-los comunicarem-se? Sugiro a comunicação em circuito (...) A partir daí, cria-se a possibilidade de comunicação entre as ciências, e a ciência transdisciplinar é a que poderá desenvolver-se a partir dessas comunicações, dado que o antropossocial remete ao biológico, que remete ao físico, que remete ao antropossocial.(Morin, 1996, p.138).

Na análise do fenômeno do adoecer, assumimos como referencial epistemológico esses parâmetros, visto que entendemos a saúde, desde o seu conceito, à luz dessa complexidade; etimologicamente, informa Castro (2001, p.172) que o conceito de saúde advém do latim, em que “*salus* quer dizer são, inteiro, salvo, salvação. Dessa palavra derivam *solidus e soldus*, que significam *solda e soldado*; quer dizer, o que é uma única peça, inteiro, completo”. Na origem grega, o conceito também remete para o sentido de intacto, inteiro, integridade.

Portanto, é entendendo a saúde a partir dessa visão que implica totalidade – biopsicossocial – que o *complexus* nos oferece o suporte necessário na investigação sobre o Lúpus em mulheres, buscando estabelecer uma relação dialógica entre os saberes médico, psicanalítico, psicossomático e de gênero. Já que buscamos como as mulheres constroem o sentido do Lúpus, valemo-nos de uma abordagem metodológica qualitativa e do instrumental técnico de entrevistas semiestruturadas. O material transcrito foi analisado de acordo com o dispositivo teórico-metodológico da Análise Foucaultina do Discurso (AFD), que privilegia a relação de poder na construção do saber.

O resultado de nosso processo investigativo está exposto em duas partes. Na Parte I – Pressupostos teórico-metodológicos: do corpo como texto ao contexto patriarcal, discutimos o referencial teórico de análise, o dispositivo teórico-metodológico que corresponde aos capítulos 1 e 2. No Capítulo 1 – Lúpus em mulheres: o fenômeno do adoecer e o adoecer feminino, discorremos, inicialmente, sobre o percurso do adoecer da Antiguidade à Contemporaneidade, numa breve visão panorâmica histórica, buscando situar a passagem da concepção de corpo/saúde/doença de uma visão unitária hipocrática à fragmentação cartesiana; após essa breve e geral abordagem sobre o fenômeno do adoecer, detemo-nos especificamente em alguns dos saberes que se preocupam com esse fenômeno, particularizando seus olhares: o saber médico e o corpo como organismo; o saber psicanalítico e o corpo erógeno; o saber psicossomático e o corpo como inscrição de enigmas indecifráveis.

Em seguida, tratamos do Lúpus como um adoecer em mulheres e abordamos o que é o Lúpus na nosografia médica (uma doença sistêmica e autoimune) e suas manifestações clínicas, bem como no olhar psicossomático, a partir de duas grandes correntes: a biológica, a partir da vertente da Psiconeuroimunologia – a influência do estresse no sistema imunológico e nas doenças autoimunes – e a psicanalítica, a partir da vertente lacaniana, que trabalha a dinâmica da afecção psicossomática pela via do sentido das perdas nos tempos subjetivos da história de vida individual e como uma falha epistemossomática.

Enfim, o adoecer feminino à luz de um olhar de gênero, em que esse adoecer é investigado como intrinsecamente relacionado a uma situação de conflito entre as mulheres (que adoecem) e a feminilidade (uma construção masculina) imposta pela ordem patriarcal de gênero; nesse conflito estabelecido, o corpo feminino é apreendido como um território biopolítico, uma arena de conflitos, protestos e recuos.

No Capítulo 2 – Discussão metodológica e percurso investigativo, abordamos o dispositivo teórico-metodológico da Análise do Discurso (AD), desde o contexto histórico que mobilizou seu aparecimento, sua conceituação, vertentes teóricas e, particularmente sobre a AFD e os procedimentos de análise. Em seguida, detalhamos o percurso investigativo sobre o Lúpus em mulheres e as condições de possibilidades da doença, desde os primeiros contactos com as portadoras de Lúpus, o procedimento das entrevistas, transcrição do material para análise e tematização.

A Parte II – Lúpus em mulheres, um adoecer feminino: submissão, culpa e perdas, comporta o Capítulo 3, em que trabalhamos a construção discursiva do Lúpus, através das condições de possibilidades do adoecer e os efeitos discursivos nesse processo; partindo do primeiro eixo temático, que nos serviu de guia às questões do roteiro de entrevista – Trajetória pessoal e familiar –, identificamos como as mulheres constroem essa trajetória marcada pelo controle da sexualidade, o que aponta para a histórica submissão feminina à lei do pai; o segundo eixo temático – Surgimento da doença – apontou para o lugar da culpa na subjetividade feminina, principalmente veiculada pelo porta-voz institucional religioso da Igreja e que, nas práticas discursivas, vêm à tona através das referências sobre a repressão e o sentimento de culpabilidade.

Enfim, como terceiro eixo temático, a percepção de si e da doença e que, diante das referências ao adoecer relacionado ao emocional (principalmente às perdas), remete para uma construção discursiva psicossomática; em relação ao feminino, o peso dessas perdas está relacionado ao poder dos afetos, modalidade de poder tradicionalmente

remetido às mulheres na divisão sexual estabelecida pela ordem patriarcal de género.

No término da análise discursiva dos extratos, que constituem nosso *corpus*, constatamos que a construção subjetiva feminina, particularmente no que se refere à ênfase nos afetos e seu poder no existir das mulheres, repercute sobremaneira no adoecer; esse dado se evidencia sobretudo pelo lugar da culpa e das perdas na vida das mulheres, marcada pela submissão à lei do pai. É de um lugar de sujeito discursivo submetido que os dizeres das mulheres fazem ressoar o seu sentir, pensar e agir, ou seja, sua construção subjetiva; se os dizeres falam do posicionamento feminino, falam também de uma doença que traz as marcas do masculino no seu próprio nome – Lúpus – e, como tal, fala de ferocidade e medo. Uma doença que “até o nome é feio”, submete as mulheres, já no ato de nomeação, submissão esta que deixa suas marcas (ou garras) no corpo, onde são inscritas mensagens indecifráveis.

Considerando os humanos como seres de cultura, entendemos que, assim como o fio da palavra constrói subjetividades, também desconstrói e reconstrói. É nessa direção, apostando em dispositivos de reconstrução e criação de novas práticas discursivas e existenciais, que apontam os Estudos de género, enquanto um instrumental discursivo de mudanças na ordem patriarcal, interferindo nas instituições sociopolíticoculturais.



**PARTE I – PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS: DO CORPO COMO  
TEXTO AO CONTEXTO PATRIARCAL**



## Capítulo 1 Lúpus em Mulheres: O Fenômeno do Adoecer e o Adoecer Feminino

Como abordamos anteriormente, adotamos como referencial epistemológico de análise sobre a construção discursiva do Lúpus em mulheres a perspectiva do *complexus* (Morin, 1996, p.215), que apreende o real como uma tessitura constituída de vários fios imbricadamente relacionados, síntese de múltiplos fatores. A adoção dessa leitura epistemológica se justifica não só pelo reconhecimento da complexidade do real, mas pelo objeto investigativo em análise, cuja organização e funcionamento resulta de um interação de elementos que, como fios que se cruzam numa rede, vão resultar numa totalidade biopsicosocial; a imagem de uma rede como representativa da constituição e funcionamento humano significa que esses fios, ao mesmo tempo que se entrecruzam, geram, dialeticamente, relações harmoniosas e/ou conflitantes.

É nesse *complexus* que entendemos a condição saúde/doença articulada com o entrecruzamento dos fios biopsicosociais funcionando em rede; e se no todo resultam numa síntese, particularmente têm funções específicas. O corpo, por exemplo, entendemos como uma base de operações, enquanto o psiquismo funciona como um dispositivo para operar simultaneamente forças nem sempre compatíveis, provenientes do mundo externo (exigências do mundo natural e social), do mundo interno (desejos, medos, angústias) e do corpo (que tem necessidades, que sofre e padece doenças.).

Nesse lugar de mediação entre a realidade do mundo externo e o corpo, o psiquismo faz uso de um eficaz dispositivo: a fala. Com a criação da linguagem, os humanos puderam desenvolver símbolos, sinais, mecanismos vários possíveis de lidar com o mundo, sobretudo como substituições de acontecimentos desse mundo, atribuindo-lhes sentido. Numa rede discursiva, num processo de simbolização, é como sentidos atribuídos que as doenças vão se particularizar nas pessoas portadoras, seja a partir de suas histórias individuais, seja de grupos/categorias em que estão inseridas.

É a partir desse processo de significação, falando como porta-vozes de construções que lhes antecedem, que os sujeitos discursivos são posicionados. Em nossa análise, entendemos que o sentido do Lúpus para as mulheres portadoras dessa afecção é construído na rede discursiva tecida pelo fio patriarcal de gênero; a este cabe delinear o posicionamento do sujeito feminino, de acordo o padrão de feminilidade historicamente estabelecido. Falando desse lugar, na posição de sujeito feminino, as mulheres portadoras de Lúpus produzirão sentidos sobre o adoecer.

É, pois, o sentido, como efeito discursivo de uma posição de sujeito, que vai fazer a diferença na apreensão do adoecer em mulheres; este sentido, construído e emitido pela linguagem gestada e inserida na totalidade das condições sociohistóricas, vai fazer a diferença, tanto do adoecer em geral (o adoecer é um fenômeno comum aos seres humanos), como do adoecer individual (na singularidade, pois cada história de vida é única). O modo particular como determinadas doenças acometem mulheres, como gênero feminino, é efeito da construção discursiva da ordem particular patriarcal de gênero, própria das condições históricas em que cada cultura vai moldando e operacionalizando as subjetividades. Em nossa análise sobre o adoecer de Lúpus em mulheres buscamos apreender a particularidade do feminino, ou melhor, do adoecer feminino, a partir dos relatos individuais inseridos no contexto de uma totalidade sociocultural e marcados pelas condições históricas da formação social<sup>4</sup> do Nordeste brasileiro.

Se do ponto de vista da totalidade do ser humano, saúde/doença é uma condição que atinge a coletividade, de acordo com as diferenças de grupos e categoriais sociais, há formas particulares de adoecer e/ou perceber o fenômeno da doença. É nesse sentido que, em nossa análise sobre Lúpus em mulheres, buscamos o olhar generizado como um instrumental teórico capaz de subsidiar a apreensão dos mecanismos desencadeadores desse modo particular de adoecer.

Essa lógica que particulariza um modo de adoecer implica um modo de estar no mundo que, em nossa análise, é o modo de estar feminino e, ligado a este, o adoecer feminino. Entendemos que, como um acontecimento *complexus*, o adoecer implica um olhar analítico dirigido para a unidade *soma-psyché*, o que justifica uma reflexão de natureza transdisciplinar que contemple campos de saberes disciplinares nas suas especificidades, mas dialogando entre si. Na análise de objetos investigativos, leituras múltiplas são possíveis de realização, dependendo dos fios que sejam puxados no amplo campo do conhecimento, a partir da questão de pesquisa; em nossa análise, puxamos o fio-matricial dos Estudos de gênero, como aquele que costura a rede discursiva e produz sentido nos dizeres das mulheres portadoras de Lúpus. Este, por sua vez, enquanto uma afecção de etiologia multifatorial, implica que se busquem olhares múltiplos capazes de apreendê-lo na sua dimensão biopsicosocial.

---

<sup>4</sup> Usamos o conceito de *formação social* como uma unidade complexa de articulações de várias instâncias da organização social que pode conter vários modos de produção, entre os quais um é dominante. (cf. Fioravante, 1978, p.34).

Tendo em vista delinear, na questão do adoecer, a diversidade de olhares sobre o sentido da saúde/doença, traçaremos a seguir uma trajetória panorâmica dessa questão, em seus aspectos básicos; em seguida nos detemos na discussão em torno do corpo, a partir dos diversos olhares multidisciplinares – médico, psicanalítico, psicossomático. Nesse percurso, elegemos como foco o fenômeno do adoecer na sua conexão *soma – psyché*, cuja apreensão tem acontecido desde a fragmentação até a busca da unidade perdida, e sendo explicado ora como uma unidade indivisível, ora como entidades distintas e separadas.

### *1.1 O Fenômeno do Adoecer, um Breve Histórico: da Unidade à Fragmentação*

É mais importante conhecer a pessoa que tem a doença do que conhecer a doença que a pessoa tem.

Hipócrates, 460 A.C. (In Martins, 2001, p.136).

Tão antigo quanto a existência humana é o fenômeno do adoecer e, de acordo com o contexto histórico, as razões atribuídas a seu aparecimento variam no tempo e no espaço; por outro lado, se os humanos só se colocam questões que têm condições de responder, as respostas às doenças vão variar de acordo com a inserção sociocultural em que se encontram, seja do ponto de vista das condições existenciais objetivas, seja das aspirações, desejos e visão de mundo, subjetivamente falando.

É no sentido de apreender como esse fenômeno vem se pondo através dos tempos que buscamos traçar uma panorâmica histórica, desde a Antiguidade, passando pela Idade Média, Moderna e desembocando na Contemporânea. Nesse percurso, apoiamo-nos em Volich, 2000; Ayache, 1992; Cairus e Ribeiro Jr., 2005; Haynal, Pasini e Archinard, 2001; Jaeger, 1986.

Ao nos reportarmos às brumas do tempo, em busca dos primeiros passos em torno da construção de saberes sobre a saúde e a doença, vamos encontrar na Antiguidade, quando o sagrado imperava com toda a sua pujança, o adoecer como resultante de forças do mal; para combatê-lo, apelava-se para o poder sobrenatural por meio de figuras religiosas, atuando através de rituais mágicos. Além de se associar às forças do mal, outro aspecto básico relacionado ao adoecer já estava presente naquela época: tratava-se da existência de uma visão integrada sobre saúde/doença, em que corpo e mente eram vistos como entidades intimamente relacionadas. Esse fato nos é passado através de variadas fontes e, entre elas, os registros sobre o Imperador Amarelo

da China – Hi Chang Ti – que, há 4.500 anos, já observava como a frustração pode fazer com que as pessoas fiquem fisicamente doentes; por isso, recomendava que desejos e ideias fossem investigados e acompanhados, pois aqueles que tivessem atingido a satisfação espiritual seriam prósperos e vicejantes, enquanto aqueles que não o conseguissem a perderiam; um outro fato nos chega por meio de um texto persa datado de 1155 a.C., referindo-se à Artrite Reumatóide como uma patologia produzida pela incapacidade de exprimir impulsos agressivos: essa agressividade, inibida cronicamente, acarretaria o aumento do tônus muscular e a artrite (Araújo, et al., 2002).

Dados históricos dão conta de destacáveis figuras humanas que se preocupavam, já nos tempos antigos, com essa visão integrada da saúde/doença; entre tantos, um deles, porém, pelo lugar extraordinário que ocupa na história da Medicina, merece destaque especial: trata-se de Hipócrates, nascido na pequena ilha de Cos, onde viveu e ensinou na mesma época de Sócrates, por volta de 460 a.C. e que, a partir da observação das doenças, vai dar um passo adiante em relação ao que até então vigorava sobre o adoecer. O período florescente dessa escola médica começa em meados do séc. V e está associado ao nome de seu mestre Hipócrates, a quem Platão, já nos princípios do séc. IV, vê o mestre como a personificação da Medicina, bem como Aristóteles que, também reconhecendo esse lugar a ele atribuído, invocava-o como o protótipo do grande médico.

Sob a influência da filosofia jônica da natureza, a Medicina grega se tornou uma arte consistente e metódica, fundamentando sua prática em procedimentos metodológicos fincados na observação. Conforme Jaeger (1986), sem a influência jônica, jamais teria essa medicina conseguido chegar ao estatuto de ciência, influência essa resultante de sua inserção na cultura grega .

De acordo com o *Corpus Hippocraticum* (Cairus & Ribeiro Jr., 2005), o fenômeno do adoecer está estruturalmente relacionado com o sentido de totalidade, visto que não são as doenças, consideradas isoladamente e como um problema especial, que suscitam interesse ao olhar hipocrático; a este interessa apreendê-las a partir de toda a natureza circundante, das leis universais que as regem e das qualidades individuais do doente, tomado em sua totalidade. A premissa hipocrática de que “É mais importante conhecer a pessoa que tem a doença do que a doença que a pessoa tem” (Martins, 2001, p.136) constitui, na Antiguidade, a pedra angular na edificação do saber médico. Conforme esta premissa, o ser humano é concebido como um todo, unidade dialética *soma-psyché*, cabendo à esta a função reguladora da unidade; diante do adoecer, o

objetivo terapêutico consistia em recuperar a unidade do todo orgânico, pela apreensão dos sintomas e da natureza do doente.

Nessa mesma época, em que a Escola de Cos, sob a mestria de Hipócrates, estabelecia as bases da arte médica, em Cnide, na Ásia Menor, uma outra Escola se desenvolvia, tendo como base pressupostos bastante distintos do *Corpus Hippocraticum*, cujos membros eram denominados cirurgiões. Nessa visão, a abordagem da doença se restringia aos sintomas locais, estabelecendo o diagnóstico e a nosografia a partir dos órgãos afetados; de acordo com os registros, os doentes são apresentados de modo impessoal, em cuja descrição se encontra o nome da doença, sintomas, etiologia e prognóstico, sem nenhuma preocupação de compreender a sua natureza. A terapêutica, por sua vez, consistia em tratamentos locais e sintomáticos, com a prescrição de vomitivos, realização de sangrias e aplicação de ventosas, sem apresentar preocupações com os efeitos colaterais da terapêutica.

Vê-se assim que, já na Grécia Antiga, se faziam presentes duas orientações de prática médica: uma mais dinâmica e preocupada com o funcionamento do organismo como um todo, com o estilo de vida e a história da pessoa portadora da enfermidade e, uma outra, mais preocupada com os sintomas locais e as regiões afetadas. Assim sendo, ao longo da história, a Medicina vem oscilando em relação a essas tendências: ora prevalecendo uma tendência mais dinâmica e sintética, preocupada com a totalidade, como era a Escola de Cos; ora, outra mais analítica, mecanicista, especializada, como era a Escola de Cnide. Para além, todavia, dessas tendências restritas ao campo médico, o que existe são distintas concepções de mundo, do ser humano e, conseqüentemente, da saúde/doença, na sua compreensão e terapêutica. Isso, sem dúvida, é algo a se considerar, tendo em vista a necessidade de apreender o fenômeno adoecer a partir das distintas visões de mundo em que a leitura sobre ele é construída.

Se formos tomar, por exemplo, a visão de mundo que está na base de nossa cultura ocidental, veremos que o fundamental que rege nossas ideias, sentimentos e atitudes tem como base o corpo paradigmático construído entre os séculos XVI e XVIII. Tomando-se o ano de 1500 como um divisor de águas, tem-se, antes desse período, a hegemonia da perspectiva medieval que no século XIII esteve no auge, tendo à frente Tomás de Aquino, com sua doutrina aristotélico-tomista (síntese da filosofia de Aristóteles e Teologia ética cristã). Nessa época, a visão de mundo na Europa era predominantemente de natureza orgânica, sendo a terra concebida como uma mãe nutriente; essa concepção, obviamente, vai repercutir na explicação do adoecer.

Socialmente, as relações humanas contribuía para esse ideário vigente: vivendo em comunidades pequenas, havia entre as pessoas uma interdependência de fenômenos espirituais e materiais, bem como uma subordinação à comunidade, sob a regência de duas autoridades máximas: Aristóteles (384-322 a.C.) e a Igreja. São Tomás de Aquino (1225-1274) era o mentor máximo da sistematização ideológica que explicava a ordem do *kosmos* e da sociedade através de uma ciência cuja natureza tinha como base a razão e a fé e, como finalidade precípua, compreender o significado das coisas em torno dos fenômenos Deus, alma humana e ética. O universo, portanto, era visto a partir de um olhar orgânico, vivo e espiritual, regido pela égide da sacralização, seja do mundo natural, seja do mundo social.

E o feminino, como era apreendido nessa época?

Se o discurso religioso era hegemônico e a moral cristã associava prazer e sexo à pecado, eram as mulheres – através de seus corpos e artimanhas sedutoras – associadas ao veículo que conduzia à perdição, seja do corpo, seja da alma. É disso que fala Teresa Joaquim, quando trata do discurso religioso em relação ao corpo:

Mas esta visão do corpo feminino é trabalhada fortemente na Idade Média pela ideia de pecado, de impureza e de doença, tornando o encontro sexual um momento de tensão e de culpabilidade (....) o corpo, tanto do ponto de vista médico como ético, era visto na oposição, na distância enorme entre carne e espírito (....) Além dessas figuras, a de Virgem e Mãe, figura ambivalente que atravessa o imaginário masculino sobre as mulheres, na distância e na proximidade com o corpo real das mulheres – sempre corpo produtor de outros corpos, sempre corpo idealizado, intacto. (Joaquim, T., 1997, p.135).

A partir do século XVI, culminando no século XVIII, esse discurso religioso vai sofrer interferência do discurso científico; tanto a visão orgânica em comunhão com a natureza quanto a visão de mundo vão começar a mudar, passando por reviravoltas sem precedentes na história humana. Se antes fora o sagrado a explicação central para dar conta da ordem do mundo – seja do natural, seja do social –, agora as descobertas e transformações técnico-científicas emergentes vão começar a colocar em cheque verdades até então intocadas. Entre essas, a concepção geocêntrica da terra defendida por Ptolomeu e pela Igreja que, com a descoberta de Nicolau Copérnico (1473-1543), passa a ser questionada e substituída pela heliocêntrica; esse primeiro abalo na estrutura sólida e rígida do ideário clerical e de mundo vai gerar desdobramentos na história



humana de consequências radicais. O primado da sacralização, fincado nas raízes profundas da revelação e da fé, estava perdendo terreno, em prol da secularização do mundo, quando a razão passaria a se fundamentar nos dados da precisão científica, das descobertas e invenções tecnológicas. Havia sido dada a largada irreversível para a Idade da Revolução Científica.

Se no campo da ciência Copérnico (1473–1543), Kepler (1571-1630) e Galileu (1564-1642) vêm dar continuidade ao arranco dessa largada inicial, no filosófico, por sua vez, as mudanças não se fizeram por esperar, e aí duas figuras de proa entram em cena: Francis Bacon (1561-1626) e René Descartes (1596-1650). Ambos iriam fundamentar os novos rumos de explicação de mundo, sistematizando novos métodos de investigação que viriam servir de bússola para descobertas futuras, seja na ciência física, seja na ciência social. Se até então vigorava uma relação orgânica com o mundo, sendo a natureza encarada como uma mãe nutriente, a partir deles essa relação iria assumir uma outra fisionomia, com sérias implicações não só para a visão sobre o adoecer, mas também para o lugar das mulheres na sociedade.

É disso que trata Merchant (1982), quando se refere às imagens e metáforas presentes nos escritos de Bacon, seja no sentido de como tratar a natureza – escravizada, acossada em seus descaminhos, obrigada a servir, reduzida à obediência –, seja no que seria o objetivo do cientista – extrair da natureza, sob tortura, todos os seus segredos. Essas imagens parecem ter sido inspiradas nos julgamentos de bruxas, muito comum nessa época; criador do método indutivo, que se fundamentava na descrição matemática da natureza, Bacon também atuava como chanceler da Coroa durante o Reinado de Jaime I e, como tal, estava intimamente familiarizado com tais denúncias. A linguagem por ele usada nos seus escritos, androcentricamente opressora, remetia bem para o clima cultural da época em que, à medida que se associava a natureza à mulher (mãe nutriente), se dirigia contra ambas tortura e morte.

Essa postura era radicalmente contrária à existente no período anterior. A imagem da terra associada a um organismo vivo, à mãe nutriente impingia um certo controle social à ação humana; dificilmente ações do tipo perfurar as entranhas da terra em busca de riquezas, mutilar ou destruir a natureza eram compatíveis com a imagem da terra viva e sensível.

A partir da Revolução Científica, esse *ethos* de respeito à natureza foi sendo, cada vez mais, minimizado. Nota-se bem esse fato, entre outros dados, a partir da obra de Bacon, expressão viva do que seja a influência das atitudes patriarcais sobre o

pensamento científico, a começar pela concepção orgânica de natureza – antes terra-mãe – que, agora, seria substituída completamente pela metáfora mundo-máquina. Esta vai ser devidamente sedimentada por René Descartes, fundador da Filosofia Moderna e que, através de seu método analítico de raciocínio, vai colocar a última pá de cal naquela visão harmônica de natureza, inaugurando um novo tempo no campo do saber: natureza agora é máquina e o objetivo da ciência é o domínio e o controle da natureza, tendo em vista a produção. Com o *Cogito, ergo sum*, estavam fincadas as bases intelectuais desse novo mundo, dessa nova visão de mundo que tinha na análise – decomposição, fragmentação – o caminho para se chegar à verdade abstrata na ciência, tendo em vista a explicação causal (causa-efeito).

Vê-se, pois, como o eixo-central de construção do saber e visão de mundo se desloca do sagrado (sacralização) para o humano (humanismo, secularização) e, no campo científico, a Física passa a ocupar o lugar paradigmático em relação a todas as demais ciências. Esse lugar privilegiado de reconhecimento é de tal ordem que, no campo das ciências humanas, começa a haver uma necessidade imperiosa de se estabelecer parâmetros de cientificidade semelhantes aos existentes nas ciências positivas. É em função disso que na França vai surgir um movimento dirigido à cientificização do social, donde a criação do Positivismo, com Augusto Comte, bem como da Física Social, mais tarde nomeada Sociologia, fundamentada na premissa de que os fatos sociais são coisas e como coisas devem ser tratados.

No interior da própria ciência social, porém (fazendo jus ao movimento dialético sempre tão presente na construção do conhecimento), essa não era uma idéia unânime e, em face disso, estudiosos outros defendiam a impossibilidade de se empregar no social o mesmo método empregado nas ciências físicas. Dentre os tantos argumentos apresentados, um deles apontava para a intrínseca diversidade do objeto de estudo dessas duas ciências: enquanto nas ciências físicas é possível a precisão matemática e a explicação causal, o mesmo não acontece com as ciências humanas, mais condizentes com a apreensão do sentido da ação, por meio de um procedimento compreensivo.

Essa resistência à precisão, no âmbito das ciências humanas, diante da camisa-de-força imposta pelos simpatizantes e defensores de uma metodologia positivista, nos faz lembrar a poética de Fernando Pessoa (Claret, 2002, p. 17) quando, resgatando uma frase gloriosa dos antigos navegadores, parece até estar se dirigindo aos positivistas, ao conclamar “Navegar é preciso; viver não é preciso”.

Porém, apesar da resistência, o modelo hegemônico continua sendo o prescrito por Descartes, desde a inauguração da Ciência Moderna no Ocidente, sendo esta caracterizada como um conhecimento essencialmente racional e empírico, sobre uma realidade portadora de estrutura objetiva. Resta-nos saber como essa abordagem vem se configurando na relação com o adoecer; dentre outros aspectos, sabe-se que, em se tratando da História da Ciência no Ocidente, a Biologia e a Medicina sempre andaram juntas, donde o modelo biomédico como referencial na questão da saúde/doença.

Em se tratando do fenômeno do adoecer, o movimento de resistência dirigia-se à busca de uma confluência de olhares que se aproximasse de uma visão de totalidade, no sentido de resgatar a unidade hipocrática; esta, no percurso da História, foi se perdendo, pela implementação de uma construção epistemológica fundamentada, inicialmente, na divisão sujeito *versus* objeto, mas que depois, se disseminou para outros campos de realidade. A separação corpo *versus* mente foi apenas um desses campos, em que o corpo passou a corresponder a um conjunto de peças, a uma máquina perfeita, sujeita às mesmas leis das ciências ditas positivas; a doença, por sua vez, seria resultante do mau funcionamento desse mecanismo, cujas peças podem ser substituídas e/ou trocadas e, o ser humano, por outro lado, acaba por ser reduzido a um corpo – o corpo humano – sujeito às leis da física e da química (visão biofísicoquímica).

Dando continuidade a esta discussão sobre a concepção de corpo na ciência moderna, pensamos que, se o corpo é concebido como uma máquina perfeita, o ser humano, por sua vez, não é perfeito; se o corpo faz parte do ser humano, não se pode todavia, reduzi-lo ao corpo. Em outras palavras, o ser humano é também corpo mas, não só; que seja necessário conhecer profundamente o corpo não resta dúvida, isto, porém, não significa cair no reducionismo, acreditando-se que conhecendo-se o corpo, já se conhece a realidade humana. Esta, enquanto *soma-psyché* tem mais a ver com uma unidade do que partes isoladas; se tomarmos estas isoladamente – *soma* sem *psyché*, por exemplo, teremos a realidade cadáver e não ser humano; *psyché* sem *soma*, por outro lado, também não resultará em entidade humana, mas na realidade “fantasma”.

Portanto, a realidade humana consiste sempre e necessariamente numa unidade. Da mesma forma, o fenômeno do adoecer, tomado à luz dessa visão, também é encarado como resultante dessa unidade. É disso que falava Hipócrates e, com ele, o saber médico, já no seu nascedouro, trazia marcas dessa unidade:

O corpo humano é um todo cujas partes se interpenetram. Ele possui um elemento interior de coesão, a alma; ela cresce e diminui, renasce a cada

instante até a morte. É uma grande parte orgânica do ser.  
(Kamieniecki, 1994, p.7).

Após traçar algumas das coordenadas teóricas básicas sobre a concepção do adoecer no seu sentido amplo através da História, veremos a seguir, particularmente, como são apreendidos o corpo, a saúde e a doença, a partir de campos de saberes específicos – médico, psicanalítico, psicossomático – e das possíveis articulações entre si.

### 1.1.1 O Saber Médico e o Corpo como Organismo: A Dimensão Anatômica e o Res Extensa Cartesiano

(. . .) na medida que sou apenas uma coisa pensante e inextensa, e que, de outro, tenho uma idéia distinta do corpo, na medida que é apenas uma coisa extensa e que não pensa, é certo que este eu, isto é, minha alma, pela qual eu sou o que eu sou, é inteira e verdadeiramente distinta de meu corpo e que ela pode ser ou existir sem ele.

Descartes (1641/1973b, p.142)

Como estamos constatando no decorrer de nossa reflexão, o saber médico moderno alicerça suas bases teórico-práticas em premissas cartesianas e, a partir destas, constrói sua concepção sobre o adoecer e o corporal. Em *Meditações* (1973b)<sup>5</sup>, o corpo, para Descartes, é identificado como *res extensa*, ou seja, aparece como um recorte da substância extensa e dicotomicamente separada da alma; apoiando-se nessa dimensão de corpo (*res extensa* cartesiano) e voltado precipuamente para o biológico universal (princípio da universalidade cartesiana), o saber médico restringe seu campo de interesse ao organismo e, quando se trata do adoecer, às regularidades orgânicas da afecção, o que, em termos de procedimento, vai dar lugar aos diagnóstico, estudo e tratamento.

Desde que o programa da clínica médica se fundamenta em premissas cartesianas e positivistas, o conhecimento racional é sempre tomado como verdade (formal) – biológica, genética, fisiológica –, referenciado ao real do corpo (formal) e, como tal, não se refere à mente.

---

<sup>5</sup> Também no *Discurso do Método*, Descartes afirma que “(. . .) não sendo o corpo senão extensão, a extensão que separasse duas partes de matéria seria, ela própria, um corpo” (1973a, p.56).

Se para o modelo biomédico, o corpo humano é visto como uma máquina, as doenças são resultantes do mau funcionamento das peças desse maquinário biológico, cabendo ao médico o papel de desenguiçar esse mecanismo. Desde Descartes, a maior mudança ocorrida na Medicina Ocidental se deve, por um lado, à divisão corpo *versus* mente e, por outro, à profissionalização da Medicina.

Os progressos da Biologia, durante o século XIX, foram acompanhados pelo avanço da tecnologia médica, à medida que eram inventados novos instrumentos de diagnóstico – estetoscópio, aparelho de tomada de pressão sanguínea, além de uma diversidade de tecnologia cirúrgica cada vez mais sofisticada. Simultaneamente a esse processo, a atenção de profissionais da área médica, pouco a pouco, vai se afastando cada vez mais do doente, para se deter, cada vez mais, na doença. No bojo desse processo, a ocorrência cada vez maior da classificação das doenças estudadas em hospitais: antes tratadas nas medievais Casas de Misericórdia, agora o são em Centros de diagnóstico, terapia e ensino.

Foi dessa forma que teve início o processo de especialização que, no século XX, atingiu o apogeu, não só na Medicina, mas também nas Universidades em geral, com a contínua e constante proliferação de disciplinas acadêmicas funcionando isoladamente; na indústria, com o galopante processo de especialização e produção em série; e na sociedade em geral, com a acelerada divisão social do trabalho se disseminando em todas as áreas. O processo de especialização, portanto, estava posto e inserido num contexto maior, desde a implantação do modo capitalista de produção que, apesar de inicialmente estar centrado no processo industrial, aos poucos, tal qual uma mancha de óleo, vai se espraiando e dominando todas as áreas de convivência humana.

Nesse contexto, a prática médica já era questionada pelos movimentos que resistiam à separação corpo *versus* mente, pela tendência ao afastamento do espírito hipocrático rumo ao modelo médico “especialista”; no entanto, o paradigma cartesiano seguia hegemônico.

É nesse clima de resistência que, no século XVIII, mais uma vez fazendo jus à dialética sempre presente no palco da história, que contramovimentos entram em cena. Em contraponto ao modelo biomédico cartesiano, questionam eles o conhecimento médico disponível, muitas vezes insuficiente para elaboração de uma “nosologia consistente, sendo as doenças descritas apenas como montagem de sintomas.” (Volich, 2000, p.40). Para fazer frente à lógica biomédica vigente, os contramovimentos vão se apoiar em Kant (1724-1804), que coloca o sujeito como centro da teoria do

conhecimento e defende que o conhecimento do homem comporta duas partes: a fisiológica (o Homem feito pela Natureza) e a pragmática (o que Homem faz dele mesmo). Comentando esse pensamento, Kamieniecki (1994, p.21) cita Kant:

Corpo e alma compartilham o bem e o mal que lhe acontece. O espírito é incapaz de funcionar quando o corpo está cansado, e uma dedicação exclusiva ao espírito destrói o corpo, incapaz de regenerar e de fazer o trabalho de reparação.

No âmago dessa argumentação, se apreende a ideia de unidade e visão integrada do organismo e do processo do adoecer, base para a emergência de contramovimentos<sup>6</sup> à visão cartesiana, que apreende o corpo tão-somente na sua dimensão orgânica. Já no século XX, também se colocando na contramão da visão biomédica cartesiana, uma nova leitura de corpo e adoecer vai emergir; nesta, além da articulação *soma-psyché*, um novo ingrediente vai ser acrescentado à articulação e concepção de corpo: a dimensão biopolítica. Trata-se da leitura de Foucault (1975/1987b) quando argumenta que o corpo é uma realidade culturalmente construída, permeada por relações de poder e arranhado pela História; é dessa visão que vai emergir a noção de *cultura somática*, que se fundamenta no pressuposto da desnaturalização do corporal: corpo como uma construção sociopolíticocultural.

Nessa linha de raciocínio, a concepção de saúde/doença, por sua vez, também é marcada pela cultura e arranhada pela História; além do componente somático, acrescenta-se o político (biopoder), o sentir (sentir-se sadio ou doente), o aprender (a sensação doentia em si é um comportamento aprendido e, como tal, varia de cultura para cultura, de acordo com a cultura somática particularmente circundante).

Na relação médico – paciente, por exemplo, os sinais ou indicadores físicos, as sensações corporais, que serão interpretados como “sintomas” de doença por parte do saber médico, são atravessados pela dimensão políticocultural e isso interfere no sentir a doença e no como reagir a ela. Disso já falava Hipócrates quando, conforme Ayache, (1992, p.26), afirmava:

---

<sup>6</sup> Entre alguns dos contramovimentos destacamos o Vitalismo oriundo do animismo da Escola de Montpellier, que defendia a ideia de uma força vital, que está na origem da vida e resgata a totalidade hipocrática; a Homeopatia, que se fundamenta na lei dos semelhantes e resgata a importância da observação hipocrática; a Psicossomática, que ressalta a importância da integração dos aspectos físicos e emocionais do adoecer.

Nas doenças, aprendemos a extrair os sinais diagnósticos das seguintes considerações: da natureza humana em geral e da complexidade de cada um em particular; da doença, do doente; das prescrições médicas, daquele que prescreve, pois pode sugerir os receios ou as esperanças.

Percebe-se nas palavras de Hipócrates o quanto as prescrições médicas são dotadas de poder, podendo sugerir “os receios ou as esperanças”, e isso por causa do teor de poder que interfere sobremaneira nas pessoas enfermas, particularmente as situadas em posições socialmente dominadas.

Em consequência da cultura somática, há situações em que o relato de pacientes pode se apresentar, para profissionais da área médica, como desprovidos de sentido (total ou parcialmente), exatamente porque não compartilham da mesma cultura somática de seus pacientes. Por um lado, por parte do saber médico, aquilo que pode ser interpretado como confuso, desorganizado, impreciso e sinônimo de ignorância pode, na verdade, ser decorrente de formas diferentes de perceber, sentir, organizar e verbalizar as sensações provenientes do corpo; por outro, aquilo que possíveis portadores de enfermidades verbalizam e vêm a ser interpretados como resultado de ignorância ou sem sentido poderá, na verdade, estar apontando para modos diferentes de percepção e, como tais, pode ser auscultado, mas deixa de ser escutado.

A dificuldade, às vezes presente na relação médico – paciente, em decorrência desse poder exercido pelo saber médico, tem como consequência, não só o desentendimento nesse processo de decodificação da mensagem, atravessada pelas particularidades da cultura somática, correspondente a cada uma das partes que interagem; outra consequência pode ser o agravamento do adoecer, quando a palavra médica aponta para o perigo ou gravidade das possíveis enfermidades, de acordo com a identificação entre sinais somáticos, sintomas patológicos e possíveis doenças.

A partir de uma olhar político-cultural, a construção do corpo e a relação com a doença apontam sempre para a necessidade de se avançar nesse processo de desnaturalização do corporal que, em relação ao saber médico, ainda se encontra bem arraigado e preso ao olhar biológico universal. Em se tratando de corpo e de saúde/doença, além do saber médico, outros campos de saberes já se posicionam de modo diverso, e isso porque despertaram para a realidade de se ver o corpo para além do biológico, enxergando outros corpos (imaginário e simbólico) “encapsulados” no visível biológico.

Detentora de uma posição ímpar de prestígio e autoridade, a Medicina, através da História, sempre gozou de poder, como ocupante de um lugar para onde se dirige sempre uma demanda de saber. Desde fins do século XIX, porém, esse lugar, marcado pelo reducionismo biológico, vem sendo questionado diante de constantes desafios advindos do interior do próprio campo científico; entre estes, os contramovimentos que questionam princípios e ideias que fragmentam o conhecimento e a concepção de corpo, donde a emergência de passos inovadores no interior do próprio saber médico. É nesse sentido que destacamos um tipo de escuta médica apartada do anatômico; perscrutando para além das queixas do corpo biológico – outras queixas, que sinalizavam para um outro corpo de natureza imaginário-simbólica e potencializador de paralizações e conversões histéricas – esse saber médico escutou para além do *res extensa*.

Foi graças a essa escuta – que soube escutar/reconhecer sentido na aparente fala sem-sentido de vozes emergentes e diferentes – que nasceu um novo campo de saber: a Psicanálise.

### 1.1.2 O Saber Psicanalítico e o Corpo Erógeno: De Como o Organismo se Transforma em Corpo

Os processos psíquicos em todas as psiconeuroses são os mesmos durante um extenso percurso, até que entre em cena a ‘complacência somática’ que proporciona aos processos psíquicos inconscientes uma saída no corporal.

Freud (1905[1901]/1989), p. 46.

Diante do fenômeno do adoecer, além do olhar médico, um outro olhar: o olhar psicanalítico. Foi esse outro olhar que um médico vienense veio a construir, a partir do nascimento da Psicanálise; debruçado diante do enigma que mobilizava as manifestações somáticas da conversão histérica, o médico neurologista Sigmund Freud<sup>7</sup> (1856-1939) foi um dos questionadores de sua época, a perscrutar o corpo a partir de sua natureza anatômico-imaginária. Atento às manifestações orgânicas e, ao mesmo tempo, insatisfeito com a etiologia médica, por entender que não estava dando conta daquela manifestação somática, Freud rompe com a visão vigente da época; com essa

---

<sup>7</sup>Entre as obras de Sigmund Freud nas quais ele desenvolve as ideias fundamentais da Psicanálise, destacamos: *As neuropsicoses de defesa* (1894/1980); J. Breuer e S.Freud (1895/1988), *Estudos sobre a histeria*; *A sexualidade na etiologia das neuroses* (1898/1986); *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana* (1901/1987); *Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental* (1911/1969); *Pulsões e suas vicissitudes* (1915/1969).



ruptura, vai além do corpo biológico, escutando a apreendendo o corpo erógeno, investido/ movido pela libido (energia da pulsão sexual). Esse corpo, simbolicamente, sinalizava para algo novo a ser investigado: a manifestação era no corpo, mas sua etiologia estava para além dele.

Na questão do adoecer, essa nova visão de corpo vai revolucionar o modelo médico de estudos sobre histeria. Seus pilares teóricos se fundamentavam na concepção de uma anatomia imaginária e na função da sexualidade como constituinte do aparelho psíquico. De acordo com essa construção teórica, a fronteira entre o normal e o patológico se torna muito tênue, daí se poder falar tanto de uma psicopatologia da vida cotidiana (sonhos, atos falhos, chistes), quanto das psicopatologias propriamente ditas (neurose, psicose, perversão).

Na base etiológica dessas psicopatologias, a sexualidade representa o motor primordial que move o processo de constituição do aparelho psíquico e, na relação entre este e o somático, a hipótese freudiana gira em torno da existência de um conflito no âmbito psíquico que se manifesta na esfera do somático. Diante deste conflito estabelecido desde a infância – força libidinal, controle da censura, resultando no recalque –, o sintoma, enquanto expressão de um conflito inconsciente, tem uma função simbólica. A dinâmica psicosssexual vai ser estabelecida por uma situação de conflito, quando entram em jogo o afeto e a representação; o acesso à consciência é determinado pela quantidade de afeto ligada a uma representação. Quando, em vez dessa ligação há separação, em decorrência de um conflito entre representação e censura, ocorre o recalque: este pressiona a representação em direção ao inconsciente<sup>8</sup>.

Assim sendo, os sintomas corporais manifestos na conversão histérica, por exemplo, são uma transposição do conflito psíquico para o campo somático, isto é, expressão simbólica e substitutiva do conflito recalcado. Porém, nem toda manifestação corporal segue esse modelo, com a atuação desses elementos: caráter simbólico do sintoma em decorrência de um conflito originado na infância, proibição na consciência e recalque; além dessa, há outras manifestações em que o caráter simbólico, a expressão infantil e os mecanismos conversivos não estão implicados. É o caso, por exemplo, das neuroses atuais, definidas como manifestações de ordem somática ligadas a fatores da vida sexual contemporâneos. Desde 1898<sup>9</sup>, Freud já observava tais manifestações em

---

<sup>8</sup> No capítulo VII d' *A Interpretação dos sonhos* (1900/1987), Freud apresenta o primeiro modelo espacial do aparelho psíquico (primeira tópica): Inconsciente, Pré-consciente e Consciente.

<sup>9</sup> Freud, S. *A sexualidade na etiologia das neuroses* (1898/1986).

pacientes que apareciam em sua clínica e, paralelamente ao conceito de psiconeuroses, formulava o de neuroses atuais; estas, clinicamente, estavam ligadas a formas de atividade sexual desencadeadoras de reações de angústia, neurastenia, às quais ele acrescentou, posteriormente, a hipocondria. Apesar de traços específicos que as diferem das psiconeuroses, Freud as percebia articuladas, pois, conforme ele, “a etiologia das ‘neuroses atuais’ tornou-se uma etiologia auxiliar das psiconeuroses.” (1898/1986, p.249).

É nessa perspectiva de Freud que nos fundamentamos para apreender o Lúpus como um adoecer que traz manifestações somáticas e, como tal, se aproxima das neuroses atuais. Estas, todavia, mantêm um vínculo com as psiconeuroses, uma mistura de sintomas, pois, como diz Freud (1898, p.239), “Os casos mistos, em que os sinais da neurastenia se combinam com os de uma psiconeurose, são de ocorrência muito frequente (...)”. Clinicamente falando, o diagnóstico diferencial, por sua vez, só é possível através da escuta, o que não nos cabe fazer em nossa proposta investigativa. O que propomos é apreender o sentido do Lúpus para as mulheres portadoras dessa afecção e, já que o fator emocional é um dos constituintes do quadro clínico, apoiamos numa leitura psicanalítica; nesta, as manifestações psocossomáticas na categorização das neuroses – psiconeuroses e neuroses atuais – mais se aproxima destas últimas.

Como tratamos anteriormente, ao mencionarmos o lugar do conflito na construção do aparelho psíquico, enquanto na conversão histérica se constata a presença do conflito na história infantil (pulsão e recalque), nas neuroses atuais o que se evidencia é a manifestação de uma angústia difusa e uma sintomatologia funcional (cefaléia, vertigem, taquicardia, etc.), isentas de sentido simbólico e relação infantil. Para Laplanche e Pontalis (1977), esses elementos permitem estabelecer duas categorias nosográficas na psicopatologia psicanalítica, conforme o quadro que segue:

**Quadro 1:** Nosografia psicanalítica; principais grupos e fatores etiológicos

Neuroses atuais		Psiconeuroses de defesa	
Perturbação descarga atual excitação		Separação afeto/representação	
Fonte atual		Fonte infantil	
Neurastenia	Descarga corporal	Histeria	Conversão
Neurose Angústia	Descarga corporal	Obsessão	Deslocamento
Hipocondria	Descarga corporal	Fobias	Deslocamento
		Psicose	Ruptura c/ realidade

**Fonte:** Volich, 2000, p.69 (Adaptado de Laplanche e Pontalis (1977)).

A importância de estabelecer essa distinção entre os tipos de sintomatologia na teoria psicanalítica se justifica pela discussão sobre o adoecer somático, pois do grupo das neuroses atuais vão derivar as perturbações ditas psicossomáticas, que são de maior interesse para o entendimento do Lúpus, conforme veremos mais adiante.

Nos primórdios do nascimento da Psicanálise, a posição desta em relação à Medicina era de extraterritorialidade, um lugar marginal, em que a Medicina acolhia o recém-nascido campo do saber a partir de uma relação externa. Não por acaso, nasce exatamente como um ato de subversão ao saber médico, arrastado pela tecnologia e cientificismo; com sua dimensão calcada no desejo, em tudo e por tudo, a Psicanálise inaugura um novo olhar para o corpo e o adoecer.

Em relação ao nosso objeto investigativo, o saber psicanalítico é pertinente, na medida em que entendemos a manifestação do Lúpus no corpo como articulada com mecanismos que estão para além do corpo, sendo por isso portadora de sentido. Retornando à relação saber médico e saber psicanalítico, vimos anteriormente que a Medicina restringe seu campo de interesse ao corpo biológico, enquanto a Psicanálise perscruta o corpo através da fala de clientes, que dele falam através da linguagem lhe atribuindo sentido; se para o saber psicanalítico, o sujeito é produto da linguagem, corpo é linguagem e esta lhe antecede, sempre. Diante de uma manifestação orgânica – uma descarga de adrenalina, por exemplo –, corpo e pensamento são acionados, cabendo a este uma relativa primazia no processo; foram manifestações dessa natureza (a cegueira, a conversão histérica, as paralisias), que intrigaram Freud e acabaram por lhe prender a atenção na busca de respostas.

Se, organicamente, não havia distúrbio patológico que justificasse as limitações físicas manifestadas, onde estaria a origem?

Estaria para além do corpo, e para além deste existiriam outros corpos em ação, funcionando através da pulsão erógena. E foi nessa direção que a Psicanálise foi sendo erigida, nos seus primeiros passos, à medida que escutava outros corpos, o padecimento corporal através da linguagem, corpo recortado pelo desejo, atravessado pela linguagem, buscando a “cura pela palavra”: o corpo do discurso, habitado pela linguagem. Ao reconhecer este fato, o tratamento psicanalítico seria identificado como “talking-cure”, “limpeza de chaminé”: a cura pela palavra que, ao ser dita (sai do

corpo), tanto limpa quanto entra no corpo, trazendo à tona experiências psíquicas esquecidas, mas manifestadas somaticamente. A dimensão nova desse campo do conhecimento em relação ao adoecer está no fato de inserir a subjetividade na emergência das doenças, pela ênfase na articulação intrínseca entre manifestação somática e psiquismo. É nesse sentido que se fala no corpo do discurso, porque as manifestações somáticas são marcadas pelo simbólico. A Psicanálise consiste, fundamentalmente, numa teoria da subjetividade, na busca, como lembra Guir (1988, p.11), “das determinações dos atos e motivações do homem no inconsciente, cuja constituição se dá a partir das experiências sexuais infantis que foram recalcadas e continuam a exercer seu poder enquanto determinações inconscientes.”

Reconhecendo o corpo como atravessado pela linguagem – o corpo do discurso –, a Psicanálise vai entender as manifestações corporais, através do adoecimento, como intrinsecamente vinculadas à palavra e daí a premissa psicanalítica de que, quando a palavra não vem, o sintoma aparece. Mais tarde, Lacan (1957/1998, p.498) na “Instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud”, vai estabelecer seus marcos conceituais em torno da lógica do significante, conforme esclarece quando trata sobre “O sentido da letra”:

Nosso título deixa claro que, para-além dessa fala, é toda a estrutura da linguagem que a experiência psicanalítica descobre no inconsciente (....) Designamos por letra este suporte material que o discurso concreto toma emprestado da linguagem (....) a linguagem, com sua estrutura, preexiste à entrada de cada sujeito num momento de seu desenvolvimento mental.

A ênfase de Lacan na *instância da letra no inconsciente* remete para sua preocupação em fazer retornar a leitura psicanalítica para Freud, restaurando a importância da palavra na condução da cura; é nesse sentido que, quando estabelece a relação entre a letra e o inconsciente, Lacan o faz dirigindo suas palavras para quem estava concebendo o inconsciente como apenas sede dos instintos. Referendando sua premissa teórica na linguagem, afirma o autor que “o inconsciente é estruturado como uma linguagem” (Lacan, 1964/1990, p.25) e, se Freud não enfatizou essa premissa foi porque, em sua época, esse campo não era tão acessível.

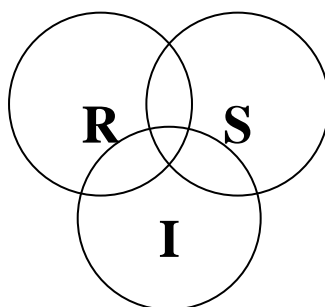
Em nosso processo investigativo dirigido para a construção do sentido do adoecer, essa leitura psicanalítica constitui um instrumental de análise fundamental, seja do ponto de vista teórico, seja metodológico: teoricamente, pela questão da

subjetividade, preocupação psicanalítica, enquanto enlaçamento do simbólico nos seres humanos; metodologicamente, pela leitura lacaniana do sujeito do inconsciente a partir da inscrição da subjetividade na escrita e no escrito. Essa relação intrínseca dos humanos com a linguagem ressoa na abordagem qualitativa da Análise do Discurso (AD).

Ambas as leituras – a psicanalítica lacaniana e a da AD –, entre outros pontos comuns, destacamos: dispositivo discursivo, enquanto um conjunto de práticas socialmente reguladas e ordenadas segundo princípios vigentes; pressupostos da constituição contraditória dos sujeitos e dos sentidos, discursivamente produzidos (efeitos de sentido); concepção de sujeito, enquanto construído no discurso, à proporção que assume, na enunciação, posições de sujeito; memória discursiva, que retorna e se atualiza revelando formações discursivas; lapsos e equívocos que desvelam/revelam, seja através dos ditos ou não-ditos, as falhas na aparente unidade dos dizeres; o não-saber humano, seja por meio instância psíquica propriamente dita (o inconsciente), seja na coletiva (os mecanismos ideológicos nas relações de desigualdade).

Em se tratando de construção subjetiva feminina, esta é histórico e discursivamente constituída de modo diverso da masculina, em função das relações sociais e das posições de sujeito que assume na sociedade capitalista e patriarcal. É nesse contexto que a leitura lacaniana constitui um instrumento para análise do sentido do adoecer de Lúpus por parte das mulheres portadoras dessa afecção, sentido este construído através de registros psíquicos.

De acordo com a lógica significante, Lacan concebe a estrutura psíquica como representada topologicamente por três registros: Real, Simbólico e Imaginário (RSI). Em seu Seminário RSI (1974-1975), este autor trabalha os três registros por meio de uma representação formal, em que cada um deles está entrelaçado e dependente um do outro, como se amarrados num “nó” – Nó de Borromeu –, constituindo um todo.



**Figura 1:** Topologia dos três registros  
**Fonte:** Chaves, (2001, p.25)

Essa “Topologia dos três registros” é apenas uma representação do que seja a estrutura e o funcionamento psíquico, já que, na realidade, não há divisão entre essas dimensões. Lacan começou a trabalhar esses registros numa conferência pronunciada em 1953, à Sociedade Francesa de Psicanálise e, a partir daí, deu continuidade a sua elaboração teórica. Vejamos, em linhas gerais, de que tratam esses registros na sua relação com a clínica psicossomática (Chaves, 2001) e que implicações têm para nosso processo investigativo.

O Real (que não corresponde à realidade) diz respeito ao campo das coisas, do inominável, de tudo que escapa à simbolização, tudo aquilo que escapa ao nosso controle, sejam fenômenos da natureza (*“aconteça o que acontecer, todo dia amanhece”*), sejam fenômenos psíquicos (as pulsões que se manifestam no Real do corpo). Esse Real do corpo, esclarece Chaves (2001), é o lugar do gozo que, em Psicanálise, significa dor, desgaste, exigência e, analogicamente, se poderia imaginar como o correspondente ao “hardware” no computador: o corpo bruto, as matrizes que recebem inscrições e *“é-feito”* de inscrição, daquilo que escapa às imagens, às palavras, o que fica fora da linguagem. No entanto, é fundamental no processo constitutivo da *psyché*, já que é o suporte, a base para que o texto aconteça, enquanto materialidade do corpo, energia pulsional.

O Imaginário, por sua vez, nos diz Chaves (2001) *“é-feito”* de imagens introjetadas nos humanos através do olhar, o olhar do outro<sup>10</sup> que é constituinte do psiquismo; Lacan vai falar no “estádio do espelho” (por volta dos seis meses de idade) e que, no decorrer da vida, vai se constituindo a partir do modo como os sujeitos psíquicos apreendem o mundo, nessa interação com o olhar do outro. Diríamos que corresponde àquele aspecto da construção subjetiva em que o olhar do outro é constituinte da subjetividade como um espelho que reflete um “dever ser” de autoridade (aprovação/reprovação). Em outras palavras, a constituição do eu a partir do olhar do outro, esse olhar que funciona como um espelho, o eu reflexivo: o eu refletido no espelho do olhar do outro. Nesse processo constitutivo, o movimento introjeção-projeção caminhariam juntos: projeção da imagem de si mesmo/ introjeção da imagem do outro como sendo imagem de si.

---

<sup>10</sup> Na teoria lacaniana, o “outro” é conceituado como os outros numa relação horizontal (pequeno outro, o semelhante), enquanto o “Outro” (grande outro) é o lugar da palavra, da linguagem.

Enfim, o registro Simbólico “*é-feito*” de palavras que, retomando de empréstimo a analogia de Chaves (2001), corresponde ao “software”, enquanto campo da linguagem escrita e falada (sons, palavras, significação, significado, saber, significante) e, como tal, preexiste ao sujeito psíquico; sua constituição se faz a partir de fonemas (letras+letras+letras...), sílabas, palavras (significantes para outros significantes), até constituir a cadeia significante ( $S_1, S_1, S_1...$ ), que vai produzir o saber, efeito de sentido. É a partir dessa cadeia que o sujeito, através da fala (ações ou práticas discursivas), vai desvelando/revelando o desejo (velado) que estava inconsciente, e isso porque é estruturado como uma linguagem: pela palavra (na cadeia discursiva), o que estava oculto vai sendo revelado.

Na teoria psicanalítica, entre os elementos constituintes que entram nesse processo de composição subjetiva, a sexualidade é primordial, enquanto base da libido, energia psíquica que põe em ação as atividades mentais. Nesse sentido, linguagem e sexualidade estabelecem o estatuto do sujeito psíquico; para efeito de nosso processo investigativo sobre o sentido do Lúpus construído por suas portadoras, o registro simbólico é de fundamental importância. E isso pelo que representa para os sujeitos discursivos, enquanto um conjunto de significantes que insere o sujeito na ordem da cultura, instância preestabelecida e veiculada pela linguagem. Como afirma Chaves (2001, p.18),

As leis da cultura e da linguagem onde o indivíduo se insere são designadas pela ordem simbólica. Nesse sentido, o simbólico é a cultura, que é anterior ao indivíduo. A articulação cultura/indivíduo é fundada e constituída pela dimensão simbólica.

Vê-se assim como estão distanciadas as concepções de corpo/adoecer para a Medicina e a Psicanálise e isto se constata no sentido atribuído a vários conceitos e procedimentos, como, por exemplo: corpo para Medicina corresponde a organismo, enquanto para Psicanálise é o corpo do discurso, atravessado pelo desejo, o corpo erógeno; a direção da cura para a Medicina se sustenta sobre os conceitos de normal e patológico, que podem se confundir com o bem e o mal e curar corresponde à extinção da doença; para a Psicanálise, diante do inconsciente, da repetição e da pulsão, não intervenção de juízo de valor e o que se busca é que analisantes desvendem seu próprio inconsciente, instância esta, nas palavras de Lacan (1964/1990), estruturada como uma linguagem. É como uma linguagem, que analisantes vão ter acesso à verdade de seu

desejo, a partir de seu discurso e, assim sendo, cura significa dar um sentido aos sintomas (e não necessariamente eliminá-los, extirpá-los, extingui-los); dar um lugar ao desejo, que eles (os sintomas) estão mascarando; enfim, busca revelar a cisão existente entre a demanda (consciente) e o desejo (inconsciente).

O que a Psicanálise persegue, em suma, é a relação do sujeito, seu corpo e a palavra, enquanto a Medicina se sustenta na ilusão de completude, bem como na dupla ingenuidade – suposto poder de curar do médico, que se associa à crença de que a fala do paciente reflete aquilo que ele de fato diz desejar; o saber médico atua, portanto, no campo do imaginário e do real do corpo, sempre associando conhecimento à verdade e buscando responder a uma demanda de saber. Já a Psicanálise atua na dimensão do desejo, e assim a manifestação orgânica (mesmo que genética) não é circunstancial e o conhecimento pode ser portador de verdade e de mentira (a verdade pode mentir).

Eis, assim, os pontos de distanciamento desses dois campos de saberes: embora com olhares dirigidos para o corpo, suas concepções tendem a divergir, e um ponto fundamental nessa divergência passa exatamente pela compreensão das relações entre o corporal, a linguagem que o constitui e o organismo. É disso que trata Shiller (2006, p.91), quando afirma:

O corpo e o organismo sofrem porque existe um obstáculo que barra o acesso do sujeito à sua história e à origem de sua angústia. Habitamos um organismo aprisionado por uma malha de linguagem que transforma a força dos instintos em uma outra energia. As necessidades biológicas são modificadas, transformadas em pulsões – ecos das palavras sobre o corpo.

Nesse sentido, podemos dizer que o ponto nodal de distinção entre a concepção de corpo e do adoecer para os saberes médico e psicanalítico consiste em: para a Psicanálise, nascemos imersos em um campo de linguagem, mergulhados num universo simbólico, que adere a cada poro de nosso organismo. Se para o dualismo cartesiano, que fundamenta o saber médico, há uma separação entre mente e corpo, para a leitura psicanalítica a separação é de outra ordem e diz respeito à distinção existente entre organismo e corpo, entre consciente e inconsciente. O corpo é constituído a partir de um conjunto de representações forjadas pelo entrelaçamento associativo de símbolos e imagens, construído desde a mais tenra infância.

Se corpo, para o saber médico, diz respeito à anatomia, à concretude dos órgãos (organismo), já para a Psicanálise trata-se do corpo erógeno. Em relação ao adoecer,



para o saber médico o que importa é a intimidade da fisiologia, possíveis interpretações e leituras efetuadas a partir de tabelas e estatísticas, que comprovam e/ou relacionam dados generalizados, se possível baseados em casos clínicos. Já para o saber psicanalítico, o que interessa é a teoria/fala das pessoas que apresentam queixas e o que têm a dizer sobre elas, sobre o sintoma, e isso através da linguagem, que vai funcionar como um canal de desvelamento da estrutura psíquica.

Como já asseveramos anteriormente, além do saber médico e psicanalítico, também o saber psicossomático tem sua atenção direcionada para o adoecer, conforme veremos a seguir.

### *1.1.3 O Saber Psicossomático e o Corpo como Inscrição Indecifrável: Sobre a Falha Epistemossomática*

As relações psicossomáticas estão no nível do real.

Lacan (1978/1995, p. 127).

Do mesmo modo que a Psicanálise era vista pela Medicina como um saber marginal, a Psicossomática também o era, funcionando como receptáculo de restos incompreendidos pelo saber médico. De acordo com os manuais de diagnóstico psiquiátrico, uma doença é portadora de um elemento psicossomático quando não comporta uma explicação científica reconhecida, ou seja, profissionais da área médica, diante de um caso cujo diagnóstico é refratário ao saber médico, encaminha-o para atendimento psicossomático. E isso porque, já que os sintomas não se justificam a partir de evidências orgânicas ou exames laboratoriais, então pode haver um componente psíquico; permanece, porém, para o saber médico, a base celular como sede causal da doença e, de acordo com essa linha de raciocínio, com o avanço da pesquisa, há uma tendência a diminuir a participação do psiquismo na gênese das doenças.

Além da relação Psicossomática *versus* Medicina, no que se refere à concepção do corporal e do adoecer, necessário também se faz esclarecer a relação com a Psicanálise, a começar pela própria emergência histórica desse campo de estudo. Historicamente, a Psicanálise, enquanto prática clínica cuja especificidade se situa na determinação simbólica, já conta com mais de um século de existência, ao contrário da Psicossomática, que tem um tempo de existência mais recente. Conforme Patrick Valas (1990), o grande impulso da Psicossomática veio a acontecer a partir de 1960, na

França, conforme veremos mais adiante, quando abordarmos suas fases e perspectivas teóricas.

Não só o fato da existência recente singulariza a Psicossomática em comparação com os demais campos de saberes, mas também a sua natureza híbrida, cuja palavra – psicossomática (“psico – somática”), representa, como diz Chaves (2001, p.59), “algo que aponta para uma interseção do psíquico com o somático, uma incisão (corte, marca, traço) do significante no campo biológico (natureza, coisa, corpo real).” Corpo real, real do corpo: é nesse sentido que Lacan (1978/1955, p.127) afirma que “As relações psicossomáticas estão no nível do real”, e seu caráter híbrido suscita questionamentos tanto a médicos quanto a psicanalistas; no campo médico, de acordo com Guir (1988, p.25), sua

etiopatogenia é imprecisa e raramente existe um tratamento específico. Do ponto de vista histológico, as lesões são múltiplas. Existe em algumas afecções uma relação com o sistema HLA (sistema antígeno – leucocitário de histocompatibilidade) e com o sistema imunológico.

Um traço definidor do fenômeno psicossomático é a presença de experiências emocionais no desencadeamento da afecção, por meio de manifestações corporais, funcionando a dor como um sistema de alarme e o corpo, como expressão dessas emoções, como se o corpo falasse sem palavras. Esse é exatamente o sentido conceptual da Psicossomática na sua dimensão mais ampla: o desencadeamento de determinadas doenças tem a ver com razões emocionais, ou seja, o reconhecimento da relevância de repercussões afetivas no estado da doença física.

A Psicossomática é, na verdade, a atualização da velha questão sobre a relação corpo – espírito e, nesse sentido, ao se buscar a evolução histórica do termo, vê-se que este se funda na unidade funcional *soma-psyché*, lá nos primórdios da Grécia Antiga; conforme já vimos anteriormente, a inspiração da Psicossomática dos tempos modernos corresponde a uma espécie de renascimento do espírito hipocrático. Diante da unidade funcional corpo – alma, esta exerceria a função maior, como reguladora da unidade; a doença, então, seria o resultado da desorganização dessa unidade.

Numa tentativa de traçar uma evolução histórica da concepção psicossomática do adoecer, valemo-nos da produção de alguns autores (Chaves, 2001; Guir, 1988; Haynal, 2001; Nasio, 1993; Volich, 2000; Wartel, 1987) no resgate desse percurso. O que se constata é que na Idade Média, período em que predominou um relativo desprezo pelo

corpo, a ideia psicossomática não avançou muito, chegando ao Renascimento e, mais tarde, aos tempos modernos, com pelo menos duas correntes de idéias se opondo e repercutindo no estado desse conceito. Por um lado, a regência dos princípios cartesianos de separação corpo – mente, sendo o corpo visto como substância material (anátomo-fisiológico), donde o desenvolvimento de pesquisa anatômica nas primeiras escolas de Medicina; por outro, a influência kantiana apontando para a articulação corpo-mente, que vai repercutir nos estudos sobre a saúde, suscitando o desencadeamento de contra movimentos ao modelo cartesiano, conforme já abordado anteriormente, como a Psicanálise, o Vitalismo e a Homeopatia.

É nessa esteira de reação ao saber médico hegemônico que também vai emergir a Psicossomática, cujo termo foi criado em 1818 pelo o clínico e psiquiatra J.C.Heinroth para expressar “a influência das paixões sexuais sobre a tuberculose, a epilepsia e o câncer” (Guir, 1988, p.10). A Medicina, por sua vez, continua em seu movimento oscilante: ora para uma orientação mais racional, insistindo numa prática médica distanciando médico-paciente; ora pendendo para uma postura mais humanista, apostando numa investigação clínica baseada na escuta e na fala. Em fins do séc.XIX, a dimensão subjetiva das doenças já era aceita, admitindo-se a correlação corpo-espírito (tanto pela Filosofia, quanto pela Ciência), e o reconhecimento da unidade corpo-alma veio a constituir as bases para a Psicossomática, que busca compreender essa visão integrada, seja na existência humana, seja na relação saúde/doença. No seu sentido específico, a Psicossomática consiste numa abordagem, num modo de encarar o fenômeno da doença.

Assim sendo, é nesse caldo cultural, em que se reconhece a relevância da dimensão subjetiva nos fenômenos ocorrentes no corpo que, tanto quanto a Psicanálise, a Psicossomática vai se firmando. Nas possíveis articulações entre esse dois campos de saberes há pontos de encontro e desencontro. Em relação à Psicanálise, Freud nunca usou o termo Psicossomática, nem também dedicou muita atenção a esse campo de saber; todavia, em seus *Estudos sobre Histeria* em colaboração com Breuer (Breuer & Freud, 1895/1988), reconhece o componente somático do sintoma e usa o termo “complacência somática” nos seus estudos sobre Dora. Também se refere à diferença existente entre psiconeuroses e neuroses atuais, à escolha da neurose, do órgão e o fenômeno de conversão como expressão simbólica de conflitos inconscientes. Em relação ao sintoma de Dora, por exemplo, chega a afirmar que todo sintoma histérico requer a participação de ambos e esclarece sobre a distinção entre psiconeuroses e

neuroses atuais<sup>11</sup>, e para a necessidade de atentar para o limites entre o somático e o psíquico, através do conceito de pulsão: “uma medida de exigência de trabalho imposto ao psíquico em consequência de sua ligação ao corporal” (Guir, 1988, p.13).

Prosseguindo com o percurso da Psicossomática, chega-se ao séc. XX, com os estudos diversificados em correntes várias, de acordo com as filiações teóricas. Num balanço desde a origem, passando pela evolução até os dias atuais, é possível delinear algumas fases principais. Conforme Mello Filho (1992), a primeira fase, considerada inicial ou psicanalítica, admite a origem inconsciente das doenças, os ganhos secundários, a teoria da repressão, entre outros elementos próprios do campo psicanalítico; nesse, além de Freud, cabe destacar entre outros, Grodeck, cujo “Livro d’Isso”(1923 /1991) é considerado como o nascedouro da Psicossomática. Em sua obra, Grodeck afirma que a doença é uma criação carregada de sentido e com função expressiva, devendo ser tratada considerando o ser humano e seus sintomas.

Uma segunda fase intermediária é associada à produção da Escola Americana, emergente nos anos 30 do século XX. Entre seus representantes, destacamos a produção de Seyle (1936) com a Teoria do estresse, em que enfoca questões relativas a homeostase e adaptação baseadas em pesquisas psicofisiológicas: patologias em depressivos, relacionando emoções e sistema imunológico; a função de determinadas células especializadas, contribuindo para o avanço da Psiconeuroimunologia.

Enfim, a terceira fase (a atual ou multidisciplinar), com diferentes modelos e concepções em Psicossomática, das quais destacamos a psicanalítica lacaniana. Nesta, o fenômeno psicossomático é abordado sob a ótica do simbólico (lógica do significante) e, como tal, caracterizado como uma espécie de “solução para um defeito de filiação simbólica” (Guir, 1988, p. 24).

A noção de Psicossomática ainda é portadora de riscos de confusão e mal-entendidos, possivelmente devido à sua condição de um saber ainda recente no campo do conhecimento, advindo daí as dificuldades em definir seu estatuto epistemológico; desde a sua emergência histórica, o sentido atribuído ao adoecer destoava, de acordo com o enfoque daqueles que atribuíam um peso maior ou menor ao emocional na eclosão das doenças. Essa discussão é trazida por Valas (1990), quando, em “Horizontes da psicossomática”, discute as teorias psicossomáticas, cujo horizonte

---

<sup>11</sup> Como já abordamos anteriormente, nas psiconeuroses os sintomas provêm do recalçado (insucesso do recalçamento/ retorno do recalçado); já nas neuroses atuais (neurastenia, neuroses de angústia, hipocondria), diferentemente, a patologia somática se particulariza por uma não-mediação simbólica, isto é, o registro se faz direto no real do corpo.

parece apontar para três grandes vertentes. Uma primeira que se baseia na premissa de que “os fenômenos psicossomáticos têm um sentido” tal qual o sintoma neurótico; entre os defensores dessa premissa, Groddeck é seu representante máximo, quando afirma em seu *Livro d’Isso* (1923/1991) que todas as doenças orgânicas se originariam de um desejo e é com ele que, na leitura psicossomática, vai ser introduzida a expressão “linguagem do órgão”.

Já para a segunda vertente, continua Valas (1990), “Os fenômenos psicossomáticos não têm sentido”, pois são carentes de atividades de representação, visto que a criação do estado psicossomático aconteceu num período da vida antes da aparição da linguagem; apesar disso, é condicionado pelo seu meio afetivo. Entre os representantes dessa posição, se destaca a Escola Psicossomática da Sociedade Psicanalítica de Paris. Enfim, finaliza Valas (1990), uma terceira vertente defendida por Valabrega (1980), em que “Os fenômenos psicossomáticos têm um sentido próximo da conversão histérica, mas não ‘totalmente’”; medianamente posicionado em relação às duas anteriores, Valabrega estende o conceito de conversão para os fenômenos psicossomáticos, falando em “conversão psicossomática”.

De acordo com a premissa da complexidade, enquanto constituinte do real, entendemos a Psicossomática como uma abordagem que apreende o processo do adoecer a partir de uma totalidade, em que os sistemas biológico, psíquico, social e cultural estão em constante processo de articulação.

Com base nessa premissa, adotamos como dispositivo de análise do Lúpus um referencial em que o adoecimento é desencadeado pela articulação de uma multiplicidade de fatores, tais quais: fatores de ordem biológica em que o sistema imunológico é gravemente afetado, já que o Lúpus é uma doença autoimune (predisposição orgânica); ambiental (luz solar, medicamentos); sociocultural (condições históricas em que as portadoras estão inseridas, no seu sentido humano geral e, particularmente, como mulheres); e emocional. A importância deste fator emocional é reconhecida tanto pela Psicanálise, que busca aprender o efeito do simbólico no adoecer, quanto pela Teoria do estresse; para esta, o sistema imunológico é afetado por fatores emocionais que, na leitura lacaniana, corresponde aos concernentes a rupturas graves, como perdas e separações.

Nessa rede de fatores atuantes na constituição psíquica, o afeto representa o elo frágil da corrente e o adoecer, do ponto de vista psicossomático, é uma manifestação especial no simbólico, marcado por uma causalidade discursiva, em que rupturas graves

e experiências dolorosas particulares ao feminino – perdas, separações, culpa – vão produzir um efeito de sentido no funcionamento do adoecer.

Um dado importante a ressaltar é que definir uma afecção como de ordem psiconeurótica ou psicossomática vai depender da escuta clínica, quando os significantes vão apontar para as construções discursivas que fazem/produzem efeitos de sentido na história de vida das portadoras de afecções, bem como do processo do adoecer.

Numa visão geral e panorâmica, o percurso histórico traçado sobre o adoecer humano, desembocando nas especificidades dos saberes médico, psicanalítico e psicossomático, nos leva a situar nosso objeto de investigação: a construção do sentido adoecer de Lúpus em mulheres por suas próprias portadoras. Vislumbrar o fenômeno do adoecer na sua complexidade significa inseri-lo no contexto histórico que lhe tem forjado, sem perder de vista, para além das singularidades das histórias individuais, a particularidade do feminino, que vai dar sentido ao adoecer em mulheres.

No sentido geral, o adoecer humano, além de se manifestar no corpo e ter fatores etiológicos biologicamente explicados, também está intrinsecamente relacionado com os modos como o psiquismo constrói saídas e alternativas para lidar com as realidades de seu entorno: com a realidade externa (mundo natural e social), com a realidade biológica (do corpo) e com a realidade do mundo interno (pensamentos, sentimentos, pela via de desejos, medos, angústias, entre outras construções subjetivas). Vejamos alguns arranjos que ilustram essa relação do psiquismo com as realidades.

Diante de uma realidade que cause situações de estresse, inspirando ameaça e perigo, o biológico é atingido, principalmente no sistema imunológico. A partir de então, o corpo entra em ação e reage: inicialmente, entra em estado de alarme e em seguida pode resistir. Se não o conseguir, chega ao esgotamento, dependendo do modo como responde à situação estressante e/ou à persistência dessa situação geradora de estresse.

É assim que a Teoria do estresse, desde as observações pioneiras de Seyle (1936) vem centrando suas atenções no sistema imunológico e sua relação com a eclosão de doenças, quando as pessoas atingem a fase do esgotamento.<sup>12</sup> Nessas situações, o psiquismo é acionado na busca de saídas possíveis: fugir ou enfrentar e lutar.

---

<sup>12</sup> No item seguinte, discutiremos essa perspectiva teórica mais detalhadamente.

Entendemos que os acontecimentos somáticos, a partir de uma visão *complexa*, são resultantes de uma síntese de múltiplos fatores e, entre eles, os de ordem simbólica; considerando que o processo de construção subjetiva é discursivamente construído, determinados modos de adoecer também levam em sua carga constitutiva traços dessa subjetividade, funcionando, então, como efeitos de sentido. No que se refere ao nosso objeto de pesquisa, a contribuição dessa Teoria se justifica principalmente pelo foco no sistema imunológico, centro matricial das doenças imunes, conforme discutiremos no item seguinte.

Diante de uma outra realidade que seja chocante, como, por exemplo, ocasionada por motivos relacionados com a sexualidade, o mecanismo do adoecimento segue uma outra via; neste caso de confronto com uma realidade chocante, o dispositivo psíquico desliga o afeto da representação, recalca a representação no inconsciente e o afeto fica solto, surtindo efeito. É desse mecanismo que advêm as manifestações somáticas típicas das conversões histéricas, objeto dos estudos inaugurais e fundadores da Psicanálise. Embora se manifeste no corpo, sua etiologia é da ordem psicosexual, conta com um registro simbólico e não há lesão somática.

A leitura psicanalítica do adoecer humano resguarda interesse para apreensão de nosso objeto de estudo, não só pela leitura imaginário-simbólica que faz do adoecer humano, mas também pelo lugar da sexualidade na construção subjetiva. Ambos os aspectos contribuem para deslocar o olhar reducionista, que apreende o adoecer pela única via do biológico, ampliando as possibilidades de visão, para que se enxergue a saúde/doença também como efeitos de construções discursivas.

Ao buscarmos o sentido do adoecer de Lúpus em mulheres, a partir do modo como estas constroem a doença de que são portadoras, necessário se faz apreender os dizeres destas mulheres tendo como referência os subsídios que a Psicanálise oferece para entendermos a função da sexualidade e dos mecanismos inconscientes no processo de construção subjetiva feminina. É reconhecendo essa importância que os Estudos de gênero vem estabelecendo um diálogo com a produção psicanalítica, na apreensão da construção subjetiva feminina<sup>13</sup>.

Trazemos uma outra ilustração sobre o modo como o psiquismo lida com os embates advindos das realidades externas, internas e do corpo. Valendo-nos da contribuição de Baggio (1995), diante de uma realidade brutal marcada por perdas e

---

<sup>13</sup> Trataremos dessa questão concernente ao diálogo Gênero e Psicanálise, no item 1.3.

separações graves, o psiquismo não dá entrada, não registra simbolicamente e desliga, como se a psiquização paralisasse.

À guisa de esclarecimento, vejamos como essas realidades se diferenciam, comparando a realidade brutal com a realidade chocante: nesta, o psiquismo aciona automaticamente o recalque, desligando representação e afeto e a pessoa terá uma amnésia da situação desagradável que emerge à mente. É o caso das psiconeuroses que, no corpo, poderão se manifestar como conversão histérica. Já no caso da realidade brutal o mecanismo é outro: o psiquismo suplantado, diante da realidade brutal, entra em falência, desliga, inscreve uma falha e aciona o mecanismo de que dispõe: a supressão. Isso significa que suprime da consciência qualquer marca de passagem do acontecimento dessa realidade avassaladora e, como diz Baggio (1995, p.36),

derrama o afeto candente, como uma calda, por todo o corpo. É como se o psiquismo dissesse ‘Está acima da minha competência.’ Ou: –‘Não estou nem aí.’ Suprime a passagem e não se faz o registro psíquico da emoção avassaladora, remetendo sua carga brutal diretamente sobre o corpo. Algum órgão recebe, padece, processa, mediante adoecimento.

Nesse caso, a realidade brutal se estabelece na corporeidade e se tem como resultado a emergência dos fenômenos psicossomáticos, que se caracterizam por formas específicas de registro simbólico, pelas lesões somáticas e, na nosografia psicanalítica, vai se aproximar das neuroses atuais. A importância da contribuição dessa leitura psicossomática do adoecer para a apreensão de nosso objeto investigativo passa pela caracterização do Lúpus como uma afecção que apresenta traços de natureza psicossomática; entre estas, destacamos a lesão de órgão e a eclosão em situações marcadas por dificuldades de ordem emocional.

Em relação a este traço de ordem emocional, retornamos à Teoria do estresse e, relacionando-a com esta leitura psicanalítica, reconhecemos ambas como importantes na apreensão do adoecer de Lúpus em mulheres, considerando os seguintes pontos: o sistema matricial de eclosão do Lúpus, como também da Teoria do estresse, é o sistema imunológico, uma central que funciona intimamente imbricada com o emocional; o fator emocional é de crucial importância na construção subjetiva feminina, historicamente moldado pela feminilidade, que posiciona as mulheres no lugar do afeto: o poder dos afetos no espaço privado das relações interpessoais e familiares; a questão



das perdas e separações, intrinsecamente relacionado com o poder dos afetos e também com a eclosão das afecções psicossomáticas.

Enfim, podemos sintetizar que as duas teorias são relevantes para a análise de nosso objeto de pesquisa, visto que o sentido do estresse ocorrente nas doenças psicossomáticas, tendo um conteúdo de perdas e separações, fazem efeito de sentido no feminino. No percurso que a história do adoecer humano vem percorrendo através da História, passando do olhar que vislumbra a totalidade psyché-soma à fragmentação, reduzindo o adoecer ao biológico, buscamos uma leitura baseada no *complexus*. Com base nessa visão, buscamos a seguir situar o Lúpus como um adoecer em mulheres.

### *1.2 Lúpus, um Adoecer em Mulheres*

Após discorrermos sobre o adoecer humano através dos tempos e nos determos particularmente na especificidade dos saberes – médico, psicanalítico e psicossomático – que se preocupam com a saúde/a doença, vamos, a seguir, tecer uma reflexão sobre o Lúpus como um adoecer em mulheres.

Enquanto uma patologia de natureza multifatorial, implica que se busquem diferentes olhares que se preocupam com o processo do adoecer; nesse sentido, iniciamos a abordagem sobre o Lúpus em mulheres partindo inicialmente da conceituação da doença no campo médico, fundamentando-nos na produção teórica de reumatologistas, particularmente as de Queiroz e Seda (2007); Sato (1999, 2004); Zerbini e Fidelix (1989); na produção investigativa acadêmica sobre Lúpus, como Teses de Mestrado na UFRJ (Araújo, 1989) e na UFRN (Araújo, 2004); Monografia para obtenção de Título de Graduado em Medicina (Braga Jr., 1996) para discorrer sobre a história da doença, mecanismos e fatores etiológicos.

Como uma doença autoimune, mantém intrínseca relação com o sistema imunológico e, nesse sentido, abordamos a relação entre este e o estresse. Por fim, a partir de um olhar psicossomático, estabelecemos a relação entre o Lúpus e as vertentes da Psiconeuroimunologia (que centraliza a discussão do adoecer em torno do estresse, emoção e sistema imunológico) e a leitura psicanalítica lacaniana sobre os fenômenos psicossomáticos; nesta, o sentido das perdas e separação constituem o motor desencadeante do adoecer e nos fundamentamos principalmente em Guir (1988); Mello Filho (1983,1992); Mello Filho et al. (2000); Nasio (1993).

A leitura sobre o Lúpus, como um adoecer em mulheres, será sedimentada tanto em fatores de ordem biológica, quanto emocional. E neste entendemos que a construção do sentido das perdas na subjetividade feminina funciona como um efeito de sentido produzido pela cultura patriarcal de gênero.<sup>14</sup>

### 1.2.1 O que é o Lúpus?

De acordo com tratados médicos (Queiroz e Seda, 2007; Sato, 1999, 2004; Zerbini e Fidelix, 1989), o Lúpus é uma doença crônica, inflamatória do tecido conjuntivo, que afeta múltiplos órgãos e/ou sistemas, sendo considerado o protótipo da doença autoimune. Isso significa que a pessoa portadora da doença se torna “alérgica” a ela mesma, como se seu corpo se tornasse seu inimigo, iniciando assim um processo de autoagressão. Esse processo é desencadeado porque as células de defesa passam a estranhar as outras células do organismo e começam a atacá-las, como se fossem doenças; o sistema imune (sistema de defesa), formado por uma rede de órgãos, tecidos e células especializadas na defesa do organismo contra elementos estranhos, quando assim age é porque está sofrendo alterações importantes e, nesse sentido, passa a afetar a pele, as articulações, os rins e vários outros órgãos.

Conhecer a história da doença, no caso a história do Lúpus, fornece subsídios importantes para o entendimento de seus mecanismos e funcionamento, não só no campo anátomo-fisiológico, mas também ideológico; este inclui a nomeação da doença (termo criado para designá-la), cujos efeitos de sentido vão repercutir nas pessoas dela portadoras. Do ponto de vista histórico, atribui-se a Hipócrates (460-374 a.C) a mais remota descrição sobre o Lúpus, quando descreveu uma doença caracterizada por lesões erosivas no rosto; num resgate da história mais recente, quando tratam d’ *A História do Lúpus Eritematoso Sistêmico*, Queiroz e Seda (2007, p.134) informam que “As primeiras descrições da doença reportam-se exclusivamente à pele e foram efectuadas por Pierre Casenave e Henri Schedel.”

Continuando a discorrer sobre a história do Lúpus, Queiroz e Seda (2007), afirmam que tecnicamente é denominada *Lupus erythematosus* (Lupus = lobo, Eritematoso = vermelho) “lobo vermelho”, devido a uma mancha no rosto peculiar à doença; esta designação foi introduzida por Casenave, em 1851, após observar pessoas

---

<sup>14</sup> A questão de gênero e o adoecer feminino será tratada no item 1.3.

com lesões avermelhadas no rosto, que cobriam a pele do nariz e bochechas, causando “feridinhas” semelhantes a “mordidas de lobo”.

Mais tarde, em 1869, prosseguem Queiroz e Seda (2007), Kaposi descreveu o Lúpus discóide e referiu que a doença é mais freqüente em mulheres, sendo ele o primeiro médico a chamar a atenção para manifestações sistêmicas; em 1895, um médico canadense – Sir William Osler – descreveu alguns casos de pessoas que tinham outros órgãos envolvidos com a doença, além da pele. Para caracterizar melhor o envolvimento de várias partes do corpo (articulações, vasos, pulmões, rins ) ele adicionou a palavra “sistêmico” e a doença passou a ser denominada Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). Já em 1904, chega ele a descrever “casos clínicos de duas mulheres que 10 meses após o aparecimento de um eritema facial, morreram de insuficiência e tinham, indiscutivelmente, lúpus eritematoso.” (Queiroz & Seda, 2007, p.134).

Nota-se, assim, que a presença de mulheres nesses primeiros casos clínicos observados, logo na origem dos primeiros estudos e registros da doença, já parecem apontar para a caracterização do Lúpus como um adoecer em mulheres; atualmente, estudos epidemiológicos continuam a corroborar essa caracterização, com a incidência de Lúpus em mulheres, principalmente em idade fértil, geralmente na faixa entre 15 e 40 anos de idade, podendo todavia também acometer crianças. Sato (2004, p.140) informa que o Lúpus tem distribuição universal e afirma:

Em estudos epidemiológicos realizados nos Estados Unidos, sua prevalência varia de 14,6 a 50,8 casos por 100 mil habitantes. O LES acomete indivíduos de todas as raças, mas, em estudos norte-americanos, sua prevalência é 3 a 4 vezes maior em mulheres negras que brancas. Quanto ao sexo, o LES é de modo geral mais prevalente na mulher, acometendo 10 a 12 mulheres para cada homem. Esse predomínio ocorre em todas as faixas etárias, sendo mais marcante entre os 15 e 64 anos de idade.

Em estudos internacionais realizados nas últimas décadas, continua Sato (2004), a incidência tem variado de 3,7 a 5,5/100 mil; no Brasil, num único estudo realizado no ano de 2000, por Villar e Sato (2001), na cidade de Natal (RN), a incidência estimada foi de 8,7/100 mil habitantes. Tão elevada incidência atribui-se à questão ambiental: a incidência da radiação ultravioleta na cidade de Natal, considerada a Cidade Sol. Nesse estudo, persistiu a alta incidência em mulheres: 14,1/100.000/ano, enquanto nos homens ocorreu a incidência de 2,2/100.000/ano. Quanto à média de idade por ocasião do

diagnóstico, embora seja em torno dos 31 anos, curiosamente, em alguns estudos realizados na Europa, essa média esteja em torno dos 47 a 50 anos. Estudos epidemiológicos apontam maior incidência em mulheres jovens, numa proporção de nove a dez mulheres para cada homem ( Zerbini & Fidelix,1989) e, principalmente em idade fértil, entre 15 e 45 anos (Sato,1999). A elevada incidência em idade fértil se atribui ao fator hormonal: a presença do hormônio feminino estrógeno que, alterado em seu metabolismo, influi no desencadeamento da doença. No entanto, apesar de observações laboratoriais /experimentos com ratos apontarem para um possível papel do estrógeno no aparecimento da doença, é reconhecido que tais experiências ainda não são suficientes para se estabelecer uma relação entre estrógeno *versus* Lúpus.

**Tabela 1:** Frequência das manifestações clínicas do LES ao longo de sua evolução

Manifestações	Canadá Evolução	Europa Evolução	EUA Evolução	Brasil Evolução
Nº de pacientes	750	1000	464	685
Constitucional	77	52	41	-
Artrite	63	84	91	82
Lesões cutâneas	78	-	55	51*
Lesões mucosas	52	24	19	-
Pleuris	30	36	31	24
Comprometimento Pulmonar	14	7	-	-
Pericardite	23	-	12	15
Fenômeno de Raynaud	60	34	24	49
Vasculite	56	-	-	51
Comprometimento renal	74	39	28	52
Azotemia	5	-	-	-
Comprometimento SNC	53	27	11	5**8***
Leucopenia/trombocitopenia	-	-	-	30/13
Linfoadenomegalia	32	12	10	19

\*eritema malas; \*\*psicose, \*\*\*convulsões

**Fonte:** Sato, E. (2004, p. 142)

Na Tabela acima, observa-se a variação de manifestações clínicas do Lúpus em alguns países, sobressaindo-se as lesões cutâneas, artrite, vasculite e comprometimento renal; sendo uma afecção multifatorial, além dessas manifestações biológicas, há de se considerarem também outros fatores que influenciam o desencadeamento da doença, como os de ordem psicossocial. Este dado vem sendo reconhecido como relevante por estudiosos do Lúpus<sup>15</sup>, e interessa-nos sobremaneira quais repercussões exercem no

<sup>15</sup> Mello Filho (1992, p.143) declara ter atendido, em sua experiência clínica, mais de 50 pacientes de LES e poucas enfermidades apresentam um caráter mais psicossomático do que esta; Araújo (2004, p.15) em sua Tese de Mestrado afirma que “os estudos existentes, limitam-se a aspectos biológicos, sem fazer qualquer alusão à categoria social de gênero. Um estudo que abarque essa possível relação entre LES e gênero é pertinente, contudo, este trabalho não fará menção a esse aspecto (...)”

processo de construção da subjetividade feminina; nesse processo, é relevante apreender não só aspectos sobre a inserção social nas instâncias familiares e religiosas, mas também a influência discursiva do saber médico, começando pela própria designação/nomeação da doença por um médico, portador de um saber que implica poder.

Sendo a incidência do Lúpus prevalente em mulheres, que efeitos de sentido produzem nelas a designação “lúpus”, lobo? Outrossim, por influência da cultura somática, que repercussões produzem nas portadoras de Lúpus a voz de profissionais da saúde no período, por exemplo, da busca de diagnóstico? Suas palavras e gestos sobre os cuidados necessários em relação à doença, ao tratamento, entre outras formas de relação estabelecidas médico – portadoras da doença? Estes constituem alguns dos aspectos que nos propomos investigar como fazendo parte dos fatores psicossociais e que estão para além dos de ordem biológica.

Retornando para a configuração da doença, vejamos como procede a discussão etiológica; embora de etiologia desconhecida, sabe-se que o Lúpus é uma doença multifatorial, resultando da interação de uma série de fatores: genéticos (predisposição) – de acordo com Zouali (2005), das pessoas portadoras de Lúpus, 10% têm pessoas próximas na família; hormonais; infecciosos; ambientais (radiação ultravioleta, uso de medicamentos); psicológicos (estresse emocional). Em interação, estes fatores podem vir a contribuir para o desencadeamento da doença, resultando numa perda da tolerância imunológica.

Devido às suas múltiplas manifestações, o Lúpus é uma doença de difícil diagnóstico, sendo sempre fundamentado em critérios clínicos e laboratoriais; em função disso, afirmam os especialistas, que se deve suspeitar desse diagnóstico em pacientes com manifestações características como: lesões cutâneas típicas, comprometimento de múltiplos órgãos ou com queixas gerais, sem causa aparente. Mundialmente, segue-se os critérios propostos pelo American College of Rheumatology para classificação do Lúpus, que estabeleceu um quadro com onze critérios e, caso uma pessoa apresente quatro deles, pode ser diagnosticada como portadora de Lúpus; na Tabela seguinte, apresentamos os critérios e sua respectivas definições.

**Quadro 2:** Manifestações clínicas do Lúpus: Critério e definição

Critério	Definição
1 – Erupção malar	Eritema fixo, plano ou elevado sobre as eminências malares, podendo-se estender à região naso-labial.
2 – Erupção discóide	Manchas eritematosas elevadas com descamação queratóide e tampão folicular; cicatrizes atróficas podem ocorrer em lesões antigas.
3 – Fotosensibilidade	Erupção cutânea resultante de uma reação anormal à luz solar.
4– Úlceras orais	Ulcerações orais ou nasofaríngeas, geralmente indolores.
5 – Artrite	Artrite não erosiva, envolvendo duas ou mais articulações, caracterizada por dor, edema e derrame.
6 – Serosite	a) Pleurite: história de dor pleurítica ou ausculta de atrito ou evidência de derrame pleural. ou b) Pericardite: documentado pelo ECG, evidência de derrame pericárdico ou ausculta de atrito.
7 – Distúrbios renais	a) Proteinúria persistente maior que 0,5g/dia ou b) Cilindros celulares, hemáticos, hemaglobínicos, glanulares, céreos ou mistos.
8 – Distúrbios neuro-psiquiátricos	a) Convulsões: na ausência do uso de drogas que as propiciem ou de alterações metabólicas (ex: uremia, cetoacidose, ou alterações no balanço hidroeletrolítico) ou b) Psicoses: idem
9 – Desordens hematológicas	Anemia hemolítica ou leucopenia ou linfopenia ou trombocitopenia.
10 – Desordens imunológicas	Células LE positivas ou anticorpos anti-DNA ou anticorpos anti SM ou teste falso-positivo para sífilis.
11 – Anticorpo antinuclear	Titulação anormal pra anticorpos anti-nucleares na ausência de uso de drogas associadas à síndrome do “lupus induzido por droga”.

**Fonte:** Araújo, (1989, p.18).

O comprometimento cutâneo ocorre em cerca de 80% dos casos durante o curso da doença, sendo a pele um dos sistemas mais frequentemente afetado pelo Lúpus. As lesões cutâneas podem se apresentar de várias modalidades, e entre elas a mais comum é a vespertílio ou “asa de borboleta” (50-60%) e se caracteriza por ter início agudo, ser eritematosa, com localização em regiões malares e dorso do nariz, conforme caracteriza Sato (1999, p.9):

É avermelhada, indolor, acomete o dorso do nariz e as regiões malares (maças do rosto). Geralmente aparece com um pouco de inchaço e, mais raramente, é descamante. Esta lesão é considerada bastante característica do lúpus, mas também pode ocorrer em outras doenças. Em geral, agrava-se com a exposição ao sol.

Apresentamos abaixo uma foto de uma portadora de Lúpus acometida com de vespetílio ou “asa de borboleta”:



**Figura 2:** Rush malar (“asa de borboleta”)

**Fonte:** Arquivo particular do Dr.Georges B. Christopoulos

O comprometimento inflamatório das artérias e veias também são manifestações muito comuns no Lúpus, dando origem às chamadas vasculites, como a vasculite cutânea, conforme a foto seguinte.



**Figura 3:** Vasculite

**Fonte:** CERIR (2008)

O que vale ressaltar nesse processo é que não são esses fatores individualmente que podem vir a desencadear o processo do adoecer, mas a combinação deles que, interagindo, são reconhecidos como possíveis fatores desencadeantes da doença. De todos esses fatores arrolados, chamamos a atenção para o estresse emocional e sua relação com o sistema imunológico como de particular interesse em nossa investigação. É a partir dos transtornos desencadeados nesse sistema que o Lúpus está situado na categoria de doenças autoimunes e nesta é considerado como o protótipo. Portanto, enquanto protótipo de uma categoria de doenças – as doenças autoimunes – cujo sistema de base é o imunológico, vejamos como este funciona e como se dá sua relação com o estresse.

### *1.2.2 Estresse, Sistema Imunológico e Doenças Autoimunes*

Como já mencionamos anteriormente, o Lúpus é uma doença de etiologia desconhecida no entanto, há muito os cientistas são conhecedores de que seu surgimento se deve à uma disfunção imunológica, que envolve moléculas de anticorpos. Ao discorrer sobre a etiologia e etiopatogenia do Lúpus, Sato enfatiza o caráter multifatorial, ressaltando que o “Estresse emocional, através de mecanismos pouco conhecidos, envolvendo desequilíbrio do eixo neuro-psico-imuno-endócrino também é considerado possível contribuinte para a ativação da doença” (Sato, E. 2004, p.140).

Tal processo se deve ao papel do sistema imunológico. Este, enquanto um conjunto de células (linfócitos) especializadas em produzir substâncias conhecidas como anticorpos que estão espalhadas pelo corpo, tem como principal função a defesa e a proteção do organismo contra elementos considerados estranhos (antígenos). Ao se deparar com elementos que lhes são desconhecidos, o sistema imune entra em ação, defendendo o organismo contra infecções e tumores. É por isso que é considerado um sistema de defesa, porque reage contra qualquer tipo de invasão (bactérias, vírus, fungos ou tipos vários de infecção ou infestação). Em outras palavras, o sistema imune foi criado pela natureza para proteger o organismo das infecções e é formado por uma rede de órgãos, tecidos e células especializados na defesa orgânica.

Diante disso, em condições de funcionamento normal, se algumas células comesçassem a atacar as próprias células do organismo, um sistema de controle seria acionado para impedir essa autoagressão; isso acontece, por exemplo, quando alguns linfócitos produzem autoanticorpos: um sistema de controle é ativado para impedir danos ao organismo, já que os anticorpos são produzidos para propiciar proteção.



Porém, nem sempre isso acontece. Em algumas ocasiões, pode ocorrer um desequilíbrio, uma perda de controle na regulação da produção de anticorpos e o organismo sai prejudicado. É isso que acontece com determinadas doenças, quando esses casos de desequilíbrio ocorrem (como nas alergias, por exemplo), quando os anticorpos se ligam à substância à qual a pessoa é alérgica, produzindo coceiras, mal-estar, tonturas, crise de asma e outros sintomas; nestes casos, afirma Sato (1999), o que acontece é que o sistema imune passa a fabricar anticorpos contra os órgãos da própria pessoa, como se estes órgãos fossem agentes invasores, ou seja, o sistema imune passa a atacar o próprio organismo: os anticorpos percebem suas próprias moléculas como estranhas e as atacam.

Há, portanto, um descontrole do sistema imunológico, de modo que este não consegue bloquear as células que produzem os autoanticorpos e que, dessa forma, poderão causar inflamação nos diversos órgãos. Acredita-se que este autoataque (autoagressão ou autoimunidade) seja a causa de muitas doenças, sendo assim denominadas por causa desta autoimunidade, como doenças autoimunes. Fazem parte desta categoria, entre outras doenças, a artrite reumatóide, algumas vasculites, a tireodite, diabetes tipo 1, esclerose múltipla, alguns tipos de anemia e o Lúpus. Entre estas doenças, o Lúpus é um caso extremo e por isso é considerado o protótipo da doença autoimune. Para Zerbini e Fidelix (1989) alguns sintomas clínicos são característicos do Lúpus, conforme apresentados no Quadro a seguir:

**Tabela 2:** Sintomas clínicos no LES em percentagem

Sintomas	Percentagem
Artrite	90
Febre	83
Pele	74
Vermelhidão em “asa de borboleta”	42
Fotossensibilidade	30
Queda de cabelo	27
Fenômeno de Raynaud	17
Feridinhas no nariz e na boca	12
Outros	23
Perda de peso	74
Problemas renais	53
Problemas pulmonares	47
Problemas cardíacos	46
Aumento de gânglios	46
Problema do aparelho digestivo	38
Problemas neurológicos	32
Psicose	17
Convulsão	15

**Fonte:** Zerbini & Fidelix (1989, p.7).

No quadro anterior é evidente a variedade de sintomas acometendo órgãos e sistemas diversos e, por isso o Lúpus é de natureza sistêmica; além do componente emocional, a lesão do órgão é um outro critério que define o Lúpus como um fenômeno psicossomático. Em relação às lesões, embora já se conheçam os mecanismos de lesão, não se sabe ainda por que os linfócitos começam a produzir anticorpos contra as próprias células. Sobre isso questiona Sato (1999, p.7), ao tempo que também comenta esse processo:

São os linfócitos que ficaram desequilibrados ou algum fator modificou a identificação de nossas células, que, portanto, passaram a ser estranhas a nosso sistema imunológico? (...) se o sistema de controle imunológico estivesse funcionando bem, não deveria permitir que linfócitos produtores de auto-anticorpos se multiplicassem e causassem a lesão. Isto significa que os pacientes com lúpus têm alguma alteração no controle do sistema imunológico.

E que alteração seria esta?

Para Júlio de Mello Filho (1983, p.69), nos últimos tempos vêm surgindo no campo médico novos campos de investigação sobre o Lúpus, como, por exemplo, as pesquisas de Biologia molecular; isso significa que amplos horizontes são vislumbrados em direção ao esclarecimento desse adoecer, inclusive na imunologia. Essas pesquisas vêm comprovando que o processo imunológico é regulado pelo sistema nervoso central e endócrino, constituindo aquilo que se costuma chamar de “tripé homeostático”.

O avanço desses estudos na atualidade tem suas raízes no passado em que, embora determinados campos de pesquisa não estivessem voltados para este foco de doenças autoimunes, foram porém decisivos para investigações atuais; é o caso, por exemplo, das pesquisas desenvolvidas a partir de 1936 sobre o estresse que, para Mello Filho (1983, p.51), consiste num “estado de tensão de um organismo submetido a qualquer tipo de agressão, como a ação da dor, frio, fome, estados tóxicos ou infecciosos ou qualquer outro ‘agente estressor’, incluindo, por extensão, as influências psicológicas.”

Trabalhando com animais de laboratório, Seyle (1936) e sua equipe caracterizaram esse estado de tensão como tudo aquilo que possa vir a ameaçar a vida e provocar respostas adaptativas, gerando um processo de reação, denominando a este estado de “Síndrome Geral de Adaptação”; nesse estado, são distinguidas três fases sucessivas: alarme, resistência e esgotamento. Seyle (1936) vai chamar de “doenças

adaptativas” aquelas resultantes do uso excessivo e inadequado destes mecanismos de defesa e seus trabalhos foram de vital importância para entender o eixo hipotálamo-hipófise-suprarenal; tais pesquisas, porém, apesar da importância indiscutível, tinham um detalhe: na medida que restringia suas pesquisas à produção de modelos de doenças em animal, que permitissem comparar com seres humanos, Seyle (1936) concentrava o estado de tensão de um organismo submetendo-o tão-somente à agressão de “agentes estressores” de natureza física: ação da dor, frio, fome, etc.

Nesse sentido, não eram considerados os fatores psicológicos como agentes de estresse. Apesar disso, porém, suas pesquisas foram fundamentais como base de estudos que contemplam a influência do emocional no desencadeamento das doenças somáticas. É o caso, por exemplo de Salomon que, conforme comenta Mello Filho (1983), destaca a ação dos fatores estressógenos e, concomitantemente, a falha dos mecanismos psicológicos adaptativos em indivíduos com distúrbios imunológicos no desencadeamento das doenças autoimunes. Também Araújo (1989) comenta que estudos experimentais confirmam uma diminuição de células “killer”, além de alterações, quando submetidas a períodos de grande ‘stress’. Continua a autora, afirmando que, embora haja muita confusão nesta área,

trabalhos que avaliam a influência de diferentes fatores de ‘stress’ psicossocial na resposta imunológica concluem que alterações qualitativas, como a redução da resposta linfocitária, são comuns. Por outro lado, estudos quantitativos que atestam sobre o número os diferentes leucócitos são inconclusivos. É preciso ter-se em conta que são estudos ‘in vitro’, sendo necessário que comprovarem-se clinicamente tais achados. (Araújo, 1989, p.41).

As pesquisas que vêm avaliando a vulnerabilidade das pessoas sob estresse a doenças são mais epidemiológicas do que bioquímicas e denotam, a partir do senso comum, que fatores emocionais tendem a influenciar na possibilidade das pessoas adoecerem. Entre estes estudos, Baker e Brewerton (1981) registram alta incidência de acontecimentos estressantes no período que antecedeu o início de uma crise de artrite reumatóide; um estresse físico extremo também pode diminuir a resposta imunológica das células T (principalmente imunidade celular). Particularmente em relação à patogênese do Lúpus, observa Araújo (1989, p.42) que estão implicadas alterações de linfócitos B e linfócitos T:

Se os fatores de ‘stress’ suprimem as atividades principalmente de células T e influenciam as funções de B, temos alterações em todas as funções por elas mediadas, inclusive as que geram os processos patológicos desta doença (....) a nossa observação clínica leva à confirmação empírica de que fatores de ‘stress’ psicossocial contribuem para o desenvolvimento e/ou exacerbação do quadro clínico de L.E.S.

### *1.2.3 O Olhar Psicossomático: O Emocional nas Doenças*

Fundamentando-se nestes estudos, pesquisas no campo da Psicossomática vêm apontando para a importância de se considerar as situações conflitantes como desencadeadoras de enfermidades. Trata-se da significação do fator emocional, dos mecanismos pelos quais o estresse e as emoções podem atuar nas doenças. Em relação especificamente ao Lúpus e às outras colagenosas, observa Mello Filho (1983, p.81) que se surpreende com a “quase ausência de referências sobre a importância dos fatores psicológicos no desencadeamento e evolução dessas doenças.”

Continuando o relato sobre sua experiência como médico psicossomatista com o Lúpus, informa o autor sobre estudos realizados com mulheres portadoras dessa afecção, como os de Macclary, Meyer e Weitzmar (1955) – em que se referem ao papel da depressão em algumas pacientes com Lúpus diante de sentimentos sobre a perda de uma relação importante ou do medo de uma perda amorosa, situações estas que antecedem o início da doença – e os de Otto e MacKay (1967) sobre distúrbios emocionais e psicossociais no Lúpus, em cujas mulheres encontram-se mais frequentemente histórias de privação emocional na infância e relatos de situações de estresse precedendo a doença. Tais dados são corroborados por investigações psicossomáticas na atualidade, que vêm buscando identificar os vários agentes psicossociais desencadeantes de enfermidades, tais como: situações de perda e separação, mudanças de vida, situações de crise.

Com a introdução e reconhecimento da importância do fator emocional no desencadeamento do estresse e, conseqüentemente, das doenças, o campo de estudo da neurofisiologia do estresse é ampliado e se inaugura um novo campo na Psicossomática – o da Psiconeuroimunologia –, baseada na hipótese da existência de uma relação entre depressão, doença e respostas imunes. Pesquisas que vêm sendo realizadas desde a

década de 40 do século XX vêm constatando que, do ponto de vista epidemiológico, há uma relação entre o avanço de patologias somáticas entre pessoas que apresentavam estados depressivos; esses dados acabaram por incrementar o desencadeamento de pesquisas<sup>16</sup> direcionadas para o estabelecimento de relações entre emoção e sistema imunológico.

Porém, apesar das descobertas inovadoras resultantes desses estudos, ainda se tem muito que avançar, principalmente pelos cuidados em relação a leituras reducionistas nessa passagem do biológico para o emocional; muito embora as evidências venham demonstrando que o sistema imunológico e o sistema nervoso se comunicam, ainda é difícil estabelecer uma relação entre esse fato e o desencadeamento de patologias específicas. Os riscos de se apostar todas as fichas na biologia molecular, a partir de uma visão reducionista, passa exatamente pela perda de visão do *complexus*, em que fatores múltiplos entram em cena na questão do adoecer. Este, em considerando a sua complexidade, implica uma relação dialógica entre os diferentes olhares advindos de campos de saberes vários. Assim sendo, apesar da importância das descobertas neurológica-endócrina-imunes resta ainda compreender por que estas descobertas, por mais precisas que sejam, são insuficientes para revelar o que determina, na experiência da uma pessoa, o desequilíbrio da rede neuro-hormono-imunológica.

Essas são questões levantadas e ainda não respondidas, tanto por profissionais da área médica, como psicanalítica; na Reumatologia, diante do impasse enigmático em que os linfócitos começam a produzir anticorpos contra as próprias células, Sato (1999, p.7) questiona: “São os linfócitos que ficaram desequilibrados ou algum fator modificou a identificação de nossas células, que portanto, passaram a ser estranhas a nosso sistema imunológico?” No campo psicanalítico, Volich (2000, p.108) também atenta para a necessidade de atentar para tais descobertas:

Apesar da importância das descobertas das vias de transmissão e dos agentes que participam da mediação neurológica-endócrina-imune, resta ainda compreender por que essas descobertas, por mais precisas que sejam, são insuficientes para revelar o que determina, na *experiência do indivíduo*, o desequilíbrio da rede neuro-hormono-imunológica.

---

<sup>16</sup> Entre outros pesquisadores, citamos Rosenblat, Oreskes, Meadow e Spiers (1968) e o estudo sobre *The relationship between antigammaglobulin activity and depression*; Bartrop, Luckhurst e Lazarus (1977) e o estudo sobre *Depressed lymphocyte function after bereavement*..

Estas observações nos remetem para um aspecto fundamental em nossa análise: as luzes teóricas que estamos buscando na Psicanálise e Psicossomática, tendo em vista apreender e conceituar o Lúpus nestes campos; na medida que o componente emocional é reconhecido como um dos fatores de eclosão desse adoecer, não significa isso que em nossa pesquisa tenhamos uma conclusão definitiva sobre se o Lúpus nas enunciantes é de caráter psiconeurótico ou estariam no enquadre das neuroses atuais. Não é nossa proposta de análise desenvolver um estudo psicanalítico (que implicaria uma análise de material de escuta clínica), mas tão somente caracterizar essas afecções como atravessadas pelo emocional e que portanto, implicam na inserção dessas luzes teóricas no processo de reflexão.

Entendemos, porém, que, na perspectiva metodológica de pesquisa em que nos posicionamos – abordagem qualitativa –, a apreensão do sentido do adoecer, como efeito da construção discursiva da subjetividade feminina, implica um referencial teórico que privilegie a posição do sujeito, o lugar do simbólico na construção desse posicionamento, o imaginário como constitutivo da identidade, o fator psicosssexual, a construção discursiva e o efeito de sentido, todos esses componentes constituintes da subjetividade.

Em nossa análise, diante do *complexus* da subjetividade humana, particularizando o recorte de gênero e neste, o poder dos afetos, estes componentes subsidiam a apreensão da construção de sentido das enunciantes portadoras de Lúpus sobre o adoecer; na construção subjetiva feminina, pressupomos que as situações de perdas e separação constituem mobilizadores de estresse dos mais presentes na vida das mulheres.

É nessa direção que incluímos na discussão do adoecer à luz do olhar psicossomático, além da leitura psiconeuroimunológica (em que o adoecer está associado ao emocional pela via do estresse), também a lacaniana, enfocando a questão das perdas no processo do adoecer. Em função disso, trataremos a seguir como as afecções psicossomáticas são lidas a partir dessa abordagem, em que o termo epistemossomática é preferido em vez de psicossomática; em seguida, discutiremos a contribuição de Guir (1988) e Nasio (1993).

Se na leitura lacaniana o campo da Psicanálise está delimitado pela articulação do RSI, o que dizer do campo da Psicossomática? Haverá uma especificidade no que se refere ao corporal?

Seguindo a lógica do significante na cadeia discursiva, de acordo com os registros RSI constituintes da *psyché*, o fenômeno psicossomático funciona como um efeito direto dos afetos sobre o corpo; de acordo com essa lógica, os significantes, ao invés de se ligarem a outros na cadeia discursiva, ficam bloqueados (congelamento do significante no corpo), advindo daí as manifestações lesionais. Nesse sentido, diferenciam-se tanto da formação do sintoma (psiconeuroses) como de lesões puramente orgânicas.

No interior da lógica significante, as afecções funcionam como uma espécie de solução para um defeito de filiação simbólica; estando no registro do Real (do corpo), são abordadas a partir de certas manifestações no simbólico e isso porque o que é rejeitado no Simbólico retorna no Real sob a forma de uma lesão de órgão. Em outras palavras, seria um resultado falido do processo de instauração simbólica e, como tal, uma falha epistemossomática, que se inscreve no corpo em forma de enigmas indecifráveis. Epistemossomática: é esse o termo que Lacan sugere em substituição ao de Psicossomática, por considerá-lo impreciso.

Numa tentativa de dar conta dessa concepção do psicossomático como uma “falha epistêmica”, que vai direto no corpo, porque o psiquismo não dá entrada e não registra, Baggio (1995 p.33) faz uso de uma imagem – a do pára-choque – comparando o motoqueiro com o psicossomático:

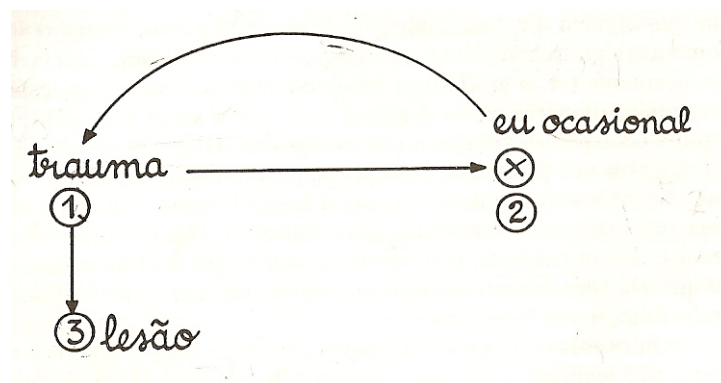
O pára-choque do motoqueiro é sua cara, diz-se. O pára-choque no psicossomático é seu corpo. Diante de uma forma especial de realidade que se espera tantalizante, acachapante, o psiquismo do sujeito não dá entrada, não registra, muito menos opera. Entra em falência, faz um *tilt*, desliga, derrapa. Inscreve uma falha (....) Há paralisia de psiquização (....) Estas certas realidades por demais brutais (....) são da ordem do impensável, do irrepresentável (....) Não admite representação psíquica.

Partindo dessa linha de raciocínio, o fenômeno psicossomático seria uma resposta diante da necessidade de defender-se de uma dor psíquica literalmente indizível e que por isso foi somatizada, inscrita no corpo como um enigma indecifrável.

Essa leitura, a partir da lógica significante, implica o uso de alguns dispositivos conceituais, tais quais: tempos constitutivos do evento somático, apelo significante, dinâmica da afecção, esquema do apelo e do retorno.

Vejamos como apreende Guir (1988) a manifestação psicossomática, de acordo com a “Dinâmica da afecção”, que se processa em três tempos: num 1º tempo, ocorre uma separação brutal, possivelmente com a mãe ou alguém que a substitua; num 2º tempo, essa separação é reatualizada e, num 3º tempo, a lesão aparece. Para essa leitura, a lógica dos significantes perpassa enigmas existenciais e as condições ocasionais funcionam como mecanismos despertadores de momentos traumáticos experienciados, sobretudo, por meio de perdas e separações afetivas de entes queridos, mas também em outros campos da vida – relação de trabalho, mudanças existenciais bruscas; esses acontecimentos, vivenciados como traumáticos, constituem marcas significantes que sempre tendem a se atualizar no período da manifestação da doença.

Tanto Guir, com a sua concepção sobre os três tempos da Dinâmica da afecção, quanto Nasio (1993), na sua elaboração metapsicológica das afecções psicossomáticas ou lesões de órgãos, apontam para a importância de se considerar os tempos constitutivos na elaboração do processo psicossomático. Para Nasio (1993), esse processo acontece de acordo com o que ele denomina de “Esquema do apelo e do retorno”, conforme o gráfico abaixo, em que os tempos constituem a dinâmica da afecção: um primeiro, o tempo primordial do trauma; um segundo, a condição ocasional, que viria despertar/reanimar o trauma; e num terceiro tempo, a lesão aparece, quando o acontecimento primordial é “despertado por um grão de realidade, isto é, um apelo significativo.” (Nasio, 1993, p.109).



**Figura 4:** Esquema do apelo e do retorno  
**Fonte:** Nasio, (1993, p.109).

Resumindo, da leitura lacaniana sobre as afecções psicossomáticas alguns traços as particularizam: apresentam lesão de órgão, misturam fatos passados com atuais, podem surgir em qualquer tipo de estrutura (neurótica, psicótica, perversa), são concernentes ao registro do Real, manifestam-se através de marcas específicas no



Simbólico, funcionando para o sujeito psíquico como enigmas indecifráveis escritos direto no corpo; sua dinâmica depende de tempos constitutivos, marcados por experiências de perdas e separações.

Em nosso processo de pesquisa sobre a construção do adoecer de Lúpus em mulheres, a lógica significante oferece uma contribuição relevante, na medida em que trabalha com a construção discursiva do sujeito psíquico; assim sendo, o adoecer é atravessado por dispositivos simbólicos, funcionando então como um efeito de sentido. De acordo com nosso referencial teórico-metodológico, este sentido no adoecer em mulheres seria construído culturalmente pela ordem patriarcal de gênero a ser apreendido por meio de uma abordagem investigativa de natureza qualitativa, pela via da AD.

Em suma, situando o adoecer de Lúpus à luz do olhar dos saberes médico, psicanalítico e psicossomático, buscamos apreender como o corpo, a saúde e a doença são lidos a partir desses diferentes olhares e identificar, nessa confluência de olhares para um único ponto – adoecer de Lúpus –, encontros e divergências.

Comparando a concepção de corpo e do adoecer nos campos de saberes médico, psicanalítico e psicossomático vemos que, enquanto a Medicina se preocupa com o corpo biológico (organismo), trabalhando com o recorte da objetividade e com o sentido de cura das doenças, sob uma ótica anatômica, a Psicanálise e a Psicossomática lidam com concepções que estão em campos diferentes. Trata-se do campo da subjetividade e os órgãos e membros anatômicos podem, por deslocamento ou condensação, representarem outra coisa ou simbolizar uma fantasia.

Assim sendo, as manifestações psicossomáticas ou os sintomas ligados ao psiquismo humano pelos registros do RSI se articulam em uma dinâmica, a partir da qual o adoecer emerge como um acontecimento que deve ser remetido à esta dinamicidade. Em se tratando da afecção psicossomática, a lesão no corpo implica que se considera o registro do RSI na sua articulação com o corpo anatômico (saber médico) e erógeno (saberes psicanalítico e psicossomático). Conforme Chaves (2001, p.21), “Corpo anatômico e corpo erógeno estão aprisionados um ao outro e a lesão seria o traço do real entrelaçado imaginariamente numa manifestação que poderíamos denominar de ‘real do corpo’.

Se, para a Medicina, o corpo é da ordem do objetivável, visto que é apreendido através das categorias do mensurável, calculável que, para o paradigma cartesiano

reconhece como científicas, já para Psicanálise e Psicossomática os parâmetros de reconhecimento do saber são de outra ordem: subjetividade, imaginário, simbólico.

No campo médico, uma vez que o corpo pode ser fotografado, radiografado, analisado, diagnosticado, calibrado, o eixo-chave de apreensão do corporal é da ordem da dimensão imaginária, que concede a ilusão de que esse corpo que se vê é tangível, mensurável, diagnosticável. É assim que se chega ao diagnóstico médico do Lúpus, como uma doença crônica e sistêmica, que pode comprometer órgãos e sistemas vários, sendo o imunológico aquele que a define como uma doença autoimune, o protótipo desse tipo de doença. Para a Teoria do Estresse o sistema imunológico também ocupa um lugar de destaque no processo de desencadeamento das doenças adaptativas, bem como para a Psiconeuroimunologia.

Em nosso estudo, porém, nos interessa saber mais sobre essa dinâmica, como, por exemplo: se as situações de estresse constituem fatores, ao lado de outros, que poderão vir a desencadear o Lúpus, qual o sentido dessas situações para os sujeitos portadores? Para as mulheres especificamente, como é construído o sentido desse adoecer?

O fator biológico, objeto do saber médico, é uma das dimensões contidas no corpo e no processo do adoecer: ao lado do fator biológico, há outros fatores articulados; num único corpo, há vários corpos. É pelas águas epistêmicas, as quais reconhecem a pluralidade de corpos no corporal, que navegam a Psicanálise e a Psicossomática, apreendendo o corpo na sua complexidade dos registros RSI.

Tal constructo teórico se fundamenta na premissa de que, se os humanos são seres de cultura, o corpo é atravessado pela linguagem e por ela é nomeado e significado. Eis aí o ponto-chave, o divisor de águas na concepção de corpo, distinguindo os saberes médico do psicanalítico e psicossomático. Para estes, o corpo é nomeado pelos significantes (o “Lúpus” nomeia uma doença) e isso implica que o corporal é sempre portador de um sentido.

E, diante disso questionamos: O que as mulheres portadoras de uma doença denominada de “Lúpus” significam para si, sobre esse adoecer? Que implicações terá essa nomeação, no que se refere à construção da subjetividade feminina?

Na perspectiva da lógica do significante, pela situação dos sentidos na cadeia discursiva, apontam eles para o fato de que o padecimento do sujeito (sujeito = produto da linguagem) tem mais a ver com “o seu ser” do que com o “corpo em si”, na sua materialidade concreta propriamente dita. No caso do “ser feminino”, há de se

considerar sua construção subjetiva discursivamente construída, de acordo com os padrões de feminilidade. Os significantes nomeiam o corpo a partir dos registros – RSI –, e o psicossomático vai ser caracterizado como algo produzido por simbolizações específicas da linguagem: é da ordem do Real (do indizível) e por isso a concepção de que é uma falha, uma falha epistemossomática, um resultado falho na instauração do simbólico.

### *1.3 O Adoecer Feminino, Um Olhar de Género*

Entre os olhares dirigidos ao adoecer e ao corpo, além do olhar médico (corpo anatômico), do olhar psicanalítico e psicossomático (corpo erógeno), destacamos um outro olhar que, para nosso estudo, ocupa uma posição fundamental: trata-se do olhar de género, que apreende o corpo na sua dimensão biopolítica. Este vem sendo objeto de estudo por parte da abordagem feminista, quando busca apreender o sentido de algumas patologias significativamente incidentes em mulheres, sendo por isso designadas como patologias femininas.

Nessa configuração de olhares diversificados dirigidos ao corpo, de acordo com seus específicos focos teórico-metodológicos de análise, entendemos que o olhar de género funciona como um fio organizador unificando na diversidade e isso em função do sentido do feminino, que se impõe no adoecer em mulheres.

Se para o saber médico as doenças autoimunes tendem a prevalecer em mulheres e o estresse constitui um dos fatores que desencadeiam esse tipo de adoecer, um dado a mais a acrescentar nesse quadro é identificar o sentido dessas situações estressantes; estudos realizados sobre afecções psicossomáticas a partir de uma leitura psicanalítica têm identificado como são significadas essas situações. Nessas, o sentido atribuído às experiências de perdas e separações têm se presentificado nos dizeres dos sujeitos psíquicos portadores dessas afecções; acrescente-se a isso que, entre as doenças autoimunes, o Lúpus apresenta uma significativa incidência em mulheres.

Esse conjunto de dados nos direciona para o feminino: que lugar ocupa a construção subjetiva do feminino nesse modo particular de adoecer?

No amplo leque de produção investigativa realizada pelos Estudos de género, o adoecer feminino vem ocupando um lugar de destaque; nessa produção, o olhar generizado sobre determinadas doenças que incidem significativamente em mulheres faz com que elas venham sendo denominadas por algumas estudiosas como patologias

de protesto. Este é o caso de Susan Bordo (1996, 1997), ao analisar a anorexia nervosa a partir de uma leitura foucaultiana do corpo. Já outras teóricas, também lendo as doenças femininas como uma forma de protesto, usam a denominação *feminismo espontâneo*, como designa Emilce Dio Bleichmar (1988), no seu estudo sobre histeria.

Nessa perspectiva de análise de género, as ditas patologias femininas são desencadeadas por situações de conflito diante de padrões sociais historicamente gestados e produzidos pela cultura patriarcal, impostos às mulheres como modelo a ser seguido; tais padrões, de acordo com a condição de género, correspondem ao discurso da feminilidade, à “convenção vigente” (Dio Bleichmar, 1988) e são comuns às mulheres.

Todavia, o modo de se posicionar diante deles é variável. Entre os modos possíveis de posicionamento há aquele em que as mulheres resistem a esses padrões e, num posicionamento político, questionam o sentido da desigualdade neles contido; outras a eles se adaptam como se fossem da ordem do natural; já outras, mesmo resistindo, o fazem sem se darem conta do sentido político da resistência e com isso se instala uma situação de conflito, vindo algumas a adoecer. Esse último modo de posicionamento corresponde ao que vem sendo nomeado de patologias de protesto. Sendo o corpo uma das bases primordiais para o exercício do controle estabelecido na imposição de padrões, é nele também que vai se estabelecer uma arena de conflitos; nesse confronto de forças, as patologias emergem e vão funcionar como expressão desses conflitos, como uma das “soluções” possíveis diante do dilema – aceitação/não aceitação – imposto pela convenção vigente.

É nesse sentido que a leitura sobre o adoecer feminino, longe de uma visão individualista presa ao corpo biológico (“corpo em si”), se fundamenta numa rede *complexa* de relações sociopolíticoculturais; nesta, sob a égide de valores patriarcais, uma categoria historicamente dominante (os homens) tende a exercer seu domínio sobre uma outra (as mulheres) e seus corpos, particularmente pela via do controle da sexualidade e da reprodução biológica. Nessa análise, trabalhamos com género na perspectiva de Scott (1990) e consiste numa categoria de análise constituinte das relações sociais e dispositivo de poder; em se tratando de corpo e adoecer, a análise feminista trabalha com a concepção de poder em Foucault (o biopoder) e o adoecer feminino como patologias de protesto.

Fundamentando-se nesse referencial, abordamos a seguir a feminilidade como uma construção masculina, cujos padrões, tradicionalmente forjados e endereçados ao

feminino, constituem um modelo a ser seguido pelas mulheres; apesar de ter suas raízes no passado, tais padrões continuam a vigorar na sociedade ocidental capitalista patriarcal, patriarcalismo este que, nas palavras de Castells (1999, p.278), “dá sinais no mundo inteiro de que ainda está vivo e passando bem (...)”. Feminilidade, portanto, será abordada como uma construção tecida pelo fio da ordem patriarcal de gênero, produtora de posicionamentos subjetivos femininos e intrinsecamente relacionada com o modo de adoecer de mulheres.

Considerando a manifestação somática desse adoecer, abordamos em seguida gênero e corpo como uma relação de poder, o biopoder. Nessa perspectiva de análise, além da cultura somática vigente na relação entre profissionais da área médica e pacientes, essa leitura considera a relação de poder patriarcal na construção da subjetividade feminina, bem como os desdobramentos disso no processo de adoecimento.

Enfim, relacionando poder e corpo, as patologias femininas serão discutidas como expressão de conflitos estabelecidos entre as mulheres e os padrões de feminilidade, quando a relação de poder se evidencia como uma arena de conflitos, protestos e recuos, conforme os estudos de Bordo (1996,1997) e Dio Bleichmar (1988); a leitura do adoecer feminino, que apreende as ditas patologias como gestadas nessa arena de conflitos, se abastece em fontes teóricas diversificadas, mas que se interconectam com os estudos de gênero em torno de um tema comum: a construção subjetiva feminina. Entre estas interconexões, trazemos as tentativas de diálogo estabelecida entre Gênero e Psicanálise, cujos estudos vêm sendo desenvolvidos por algumas teóricas como Brennan (1997); Dio Bleichmar (1988); Burin e Dio Bleichmar (1996).

### *1.3.1 Feminilidade, uma Construção Masculina*

Os discursos prevalentes de feminilidade frequentemente constroem as mulheres como dando apoio e suporte afetivo, cuidando de outros, ligados à natureza, emocionais, empáticas e vulneráveis. (Nogueira, 2001, p. 100).

Prosseguindo na busca de circunscrever o Lúpus como um adoecer em mulheres, à luz de um olhar de gênero, partimos de uma análise dos discursos sobre feminilidade – produção masculina que constrói as mulheres – que revelam as relações existentes

entre a concepção construída do “ser mulher” e o lugar do corpo como instrumento de controle social. Tais relações têm no cerne o exercício do poder e a reprodução do discurso da feminilidade. É este que faz com que a mulher seja identificada como portadora da tão propalada natureza feminina, que a aprisiona na condição de mãe virtuosa, rainha do lar e, conseqüentemente, objeto de uma produção discursiva<sup>17</sup> androcêntrica. No lugar de sujeitos de discursos – filosófico, médico, científico, religioso –, está o masculino porta-voz de valores androcêntricos, ocupante do lugar que a ordem patriarcal de gênero lhe atribui e, como tal, produtor da subjetividade moderna.

Vista a partir de um olhar discursivo, essa produção simbólica não é rigidamente fixa. A inscrição dos sujeitos homens e mulheres nos discursos passam por modificações ao longo da história, o que possibilita deslocamentos, mudanças nas posições que a cultura confere em decorrência das práticas discursivas. Embora, historicamente, esses deslocamentos venham acontecendo com as mulheres se posicionando e produzindo respostas, é na modernidade que esse processo se amplia. É disso que fala Geneviève Fraisse e Michelle Perrot em *História das Mulheres no Ocidente* (1991, p.9), ao caracterizar o século XIX como

o momento em que a vida das mulheres se altera: tempo da modernidade em que se torna possível uma posição de sujeito, indivíduo de corpo inteiro e atriz política, futura cidadã. Apesar da extrema codificação da vida quotidiana feminina, o campo das possibilidades se alarga e a aventura não está longe.

Essa aventura terá como palco a sociedade moderna e seu conjunto de mudanças: urbanização, industrialização e organização da vida conforme parâmetros da eficácia/eficiência industrial, moralidade burguesa, nascimento da família nuclear e nítida separação entre esfera pública e privada, que passam a ser nitidamente demarcados. No período anterior (o pré-industrial), vigorava a família extensa, que constituía a unidade de produção e consumo, e o lugar da mulher na relação de trabalho era significativamente importante. Com a industrialização, esse quadro vai mudar radicalmente, conforme se observa pela presença de algumas características socioeconômicas que passam a vigorar. A partir de então, no interior da família burguesa, caberá à mulher permanecer confinada no interior do lar, restrita à esfera privada do consumo e da reprodução, enquanto os homens estariam na produção; também será privada dos benefícios sociais (relações de trabalho no espaço público),

---

<sup>17</sup> Trataremos da concepção de Discurso no capítulo 2.

permanecerá isolada no espaço doméstico, ao tempo que o seu lugar de mãe será cada vez mais exaltado.

A este conjunto de mudanças que, em menos de cem anos, modifica a sociedade, vai corresponder um novo tipo de sujeito que desencadeia novos e distintos discursos. Sobre estes, necessário se faz buscar o que diz Foucault n' *A História da Sexualidade*, precisamente no volume *A vontade de saber* (1976/1985), quando analisa como o discurso unitário da Idade Média veio a ser substituído por uma multiplicidade de discursos sobre como os sujeitos deveriam se comportar, particularmente, em relação à sexualidade, rompendo assim pontos de vistas universalisantes sobre o sujeito.

Nesse contexto moderno, os espaços público e privado tendem a cada vez mais se distanciar e se distinguir em suas funções. Em oposição ao espaço público, por exemplo, *locus* dos estranhos, onde os sujeitos precisavam estar diuturnamente atentos aos outros e a si, constitui-se a família nuclear moderna: lugar da intimidade, privacidade, relaxamento, sobretudo para os homens, para quem passa a ser o “descanso do guerreiro”. Para estes, condenados a viver seu dia-a-dia na selva das cidades, a família passa a ser um lugar sagrado, de acolhimento e amado sossego, cuja harmonia estava a cargo da esposa, guardiã do lar e da paz doméstica. É neste clima que será constituída a família – lar burguês – e o padrão de feminilidade que sobrevive até hoje, cujas funções básicas são, por um lado, promover o casamento da mulher com o lar e, por outro, a adequação entre a mulher e o homem, através de uma posição feminina que sustente a virilidade do homem burguês.

Tendo em vista apreender o processo de adequação das mulheres a essas novas funções, de acordo com o padrão de feminilidade (conjunto de funções, predicados e restrições atribuídos ao feminino), percebe-se como é ele fruto de uma bem elaborada produção discursiva. A idéia de feminilidade se fundamenta numa história que faz parte da construção dos sujeitos modernos, a partir do final do século XVIII e ao longo de todo o século XIX. Esses discursos fazem parte do campo simbólico e chegaram aos sujeitos como parte do discurso do Outro: educação formal, expectativas parentais, senso comum, bem como a produção científica e filosófica da época que prescrevia como cada mulher deveria ser para corresponder ao ideal de feminilidade.

No entanto, como o campo simbólico não é unívoco, discursos outros entram em cena e se chocam com esse tradicional discurso da feminilidade, como, por exemplo: aos ideais de submissão feminina contrapõem-se os de autonomia, valor típico do sujeito moderno; aos ideais de domesticidade, os de liberdade; à ideia de uma vida

predestinada ao casamento e à maternidade, a também ideia moderna de que cada pessoa deve construir sua caminhada existencial, de acordo com a sua vontade e escolhas.

Em suma, é no interior desse contexto que o ideário da modernidade se espalha pelos mais diversos espaços. No privado, vai fazer tremer as bases de suporte da família, instituição considerada a *célula-mater* da sociedade e nela, a viga-mestra de sustentação: a feminilidade, seja no ideal esperado, seja no real vivido. E isso porque, à feminilidade como estrutura – conjunto de funções socialmente necessárias à manutenção social e reprodução familiar – vão se opor os emergentes ideais humanos de autonomia, personalidade individual e diferenciada, traços estes valorizados e vistos como necessários à construção das subjetividades nos tempos modernos. Tais requisitos vão repercutir também na vida das mulheres, contribuindo assim para que a construção da subjetividade feminina passe a ser também influenciada por estes valores. No bojo desses acontecimentos, pouco a pouco, vão se rompendo laços com valores tradicionais, sinalizando para rupturas com antigas imagens da tradicional feminilidade atribuída às mulheres.

Dirigir um olhar de gênero ao resgate desse percurso de constituição da feminilidade, é de fundamental relevância porque, entre outras razões, identifica os mecanismos ideológicos atuantes na construção da relação de gênero. Não sendo historicamente resgatada e permanecendo no esquecimento, o processo social constitutivo da feminilidade poderá vir a ser apreendido a partir de um olhar naturalizante (dimensão imaginária) quanto às instituições, aos conceitos e discursos que comandam nossas vidas. Resgatar a tradição que, há dois séculos, vem constituindo o que conhecemos como feminilidade e posição feminina atribuída às mulheres, significa romper com a barreira ideológica naturalizante da constituição dos gêneros. Se cabe aos mecanismos ideológicos naturalizar o socialmente construído, desnaturalizar esse processo corresponde a uma postura crítica e transformadora das relações sociais. Conhecer a origem do que confere às mulheres o seu lugar na cultura – fixado pela tradição – é a primeira condição para se pensar sobre ele e como poderá ser modificado.

O propósito de dar conta da relação entre mulher e feminilidade, a partir do campo cultural (cultura burguesa européia do século XIX), além de apontar para esse aspecto de adequação do lugar das mulheres como um conjunto de sujeitos definidos a partir da natureza (mais precisamente, o corpo e suas vicissitudes), aponta também para um outro aspecto nesse discurso que merece ser discutido. Trata-se do sentido



contraditório embutido no corpo discursivo da feminilidade. Se para este as mulheres são, por natureza (“natureza feminina”) destinadas ao lar, à maternidade e ao recato doméstico, o que justifica então a necessidade de precisar ser domada, domesticada pelos dispositivos da educação e preceitos religiosos? Se naturalmente já estão destinadas a estas funções, que sentido então haveria a imposição cultural à natureza?

Vejamos como se posiciona Kehl (1998, p.58) a respeito do trato dirigido à feminilidade:

A feminilidade aparece aqui como o conjunto de atributos próprios a todas as mulheres, em função das particularidades de seus corpos e de sua capacidade procriadora; partindo daí, atribui-se às mulheres pendor definido para ocupar um único lugar social – a família e o espaço doméstico – a partir do qual se traça um único destino para todas: a maternidade. A fim de corresponder ao que se espera delas (que é, ao mesmo tempo, sua única vocação natural!), pede-se que ostentem as virtudes próprias da feminilidade: o recato, a docilidade, uma receptividade passiva em relação aos desejos e necessidades dos homens e, a seguir, dos filhos.

À luz de um olhar de gênero, problematizamos esse discurso da feminilidade; conforme as vozes de alguns filósofos – construtores dos discursos que vão definir os lugares de homens e mulheres na modernidade – o feminino é definido e sua posição social é demarcada pelo viés da natureza. Entre estes construtores discursivos, se destaca Rousseau que, se no *Contrato Social* (1762/1973) defende idéias bem avançadas para a época (o estatuto da mulher no casamento e na família), vem depois a recuar e, em *Emílio ou Da Educação* (1762/1995) estabelece o ideal de homem, a quem Sofia deve se submeter. Nessa obra, Rousseau insiste na necessidade da educação para a formação feminina, dirigida ao recato do lar e à dedicação familiar. Mais uma vez, o traço contraditório se faz presente: se as mulheres são naturalmente determinadas para a função do lar, por que a imposição cultural?

No entanto, os dispositivos, enquanto operadores materiais de poder (técnicas, estratégias e formas de assujeitamento pelo poder) se fazem presentes, tendo em vista a incorporação cultural dos *saberes/procedimentos disciplinares*<sup>18</sup>. Em *História da*

---

<sup>18</sup> Em *Vigiar e Punir* (1975 /1987a, p.118) Foucault afirma: “Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma

*sexualidade* (1976/1985), Foucault trabalha os *saberes disciplinares* como poderes disciplinares modernos, que funcionam no microcosmo da vida privada. Instituídos a partir do século XVIII, quatro grandes dispositivos de saber e poder sobre o sexo vão predominar neste cenário histórico; o primeiro deles, é o da *Histerização do corpo da mulher*: conjunto de estratégias produtoras de uma *sexualidade feminina*, uma sexualidade adequada ao lugar que deve ser ocupado pela mulher no interior da família burguesa. Assim se pronuncia Foucault (1976/1985, p.99):

Histerização do corpo da mulher: tríplice processo pelo qual o corpo da mulher foi analisado – qualificado e desqualificado – como corpo integralmente saturado de sexualidade; pelo qual, este corpo foi integrado, sob o efeito de uma patologia que lhe seria intrínseca, ao campo das práticas médicas; pelo qual, enfim, foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (cuja fecundidade regulada deve assegurar), com o espaço familiar (do qual deve ser elemento substancial e funcional) e com a vida das crianças (que produz e deve garantir, através de uma responsabilidade biológico-moral que dura todo o período da educação): a Mãe, com sua imagem em negativo, que é a “mulher nervosa”, constitui a forma mais visível desta histerização.

Prosseguindo sua leitura sobre a personagem mulher, Foucault afirma que foi esta uma das primeiras a ser “sexualizada” (1976/1985, p.114):

a mulher “ociosa” nos limites do “mundo” – onde sempre deveria figurar como valor – e da família, onde lhe atribuíam novo rol de obrigações conjugais e parentais: assim apareceu a mulher ‘nervosa’, sofrendo de ‘vapores’; foi aí que a histerização do corpo da mulher encontrou seu ponto de fixação.

Contextualizando esta leitura de Foucault com o surgimento de um novo campo do saber na história das ideias na modernidade, lembramos que essas mulheres portadoras de histeria, que deverão ser escutadas por Dr. Freud, serão também as protagonistas no processo de fundação de um novo campo de saber – a Psicanálise. Inaugurada a partir do desejo de perscrutar a subjetividade humana, desde as suas raízes inconscientes, o saber psicanalítico vai ser constituído exatamente nesse momento histórico em que o ideário da modernidade entrava em cena na história das ideias

---

relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar as “disciplinas”(....) A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”.

ocidentais.

Essas mulheres, de que trata Foucault na *Histerização do corpo da mulher*, vão ser co-produtoras desse novo campo de saber e são socialmente oriundas de famílias burguesas, cujos destinos previstos para elas – família, casamento, maternidade –, se apresentavam estreitos demais para dar conta das possibilidades anunciadas como ideais a serem seguidos: autonomia, respeito à individualidade, liberdade de escolha, entre outros. A insatisfação com esse único lugar a elas destinado (a família) em consonância com a sua verdadeira natureza feminina (a feminilidade) foi o caldo cultural propício ao desencadeamento do que Emilce Dio Bleichmar denomina de *O Feminismo espontâneo da histeria* (1988).

A proliferação de discursos filosóficos, científicos, médicos sobre a verdadeira “natureza das mulheres”, bem como o lugar natural a elas destinado – o lar, a família – se faz presente num momento histórico em que vem acontecendo uma separação/distanciamento entre as mulheres e as determinações biológicas da feminilidade. Nesse sentido, essa proliferação discursiva pode ser lida como uma reação a uma desordem social que começa a se esboçar em finais do século XVIII, quando a Revolução Francesa destrói as fronteiras que, no Antigo Regime, separava o público do privado.

Em seu artigo *Revolução Francesa. A Viragem*, Sledziewski (1991) analisa o deslocamento do feminino trazido com a Revolução, sendo esta vista pelos adversários como “culpada de ter introduzido o vício no próprio âmago da ordem social, ao emancipar as mulheres” (Sledziewski, p.1991, p.42). Entre os adversários, continua a autora, De Bonald foi um dos que acusou aos revolucionários de terem arruinado a “sociedade natural”, onde a mulher “é subdito e o homem é poder”. Prosseguindo sua reflexão sobre o posicionamento dos adversários da Revolução e dos desdobramentos na condição da mulher, Sledziewski (1991, p.43-44) comenta a posição de Burke que, ferozmente, condena “Um sistema que, nomeadamente, liberta as mulheres, afrouxa os laços do casamento e transgride as leis imutáveis da partilha sexual dos papéis a um ponto tal que até ‘as prostitutas londrinas’ (...) o achariam vergonhoso”.

Para concluir, diz Sledziewski (1991, p. 44):

Burke tem razão. A Revolução deu às mulheres a ideia de que não eram crianças. Reconheceu-lhes uma personalidade civil que o Antigo Regime lhes negava, e elas tornaram-se seres humanos completos, capazes de fruírem e de

exercerem os seus direitos. Como? Tornando-se indivíduos.

Tal comentário se justifica porque, nesse clima de transformação histórica, as mulheres saem às ruas e vão à luta, manifestação inequívoca de seu desejo de participação política, marcada muitas vezes por desobediência revolucionária. Foi nesse clima que Olympe de Gouges, entre tantas outras, lutou bravamente pelos ideais revolucionários e contra a dominação masculina.

Não só na França, mas também na Inglaterra e na Alemanha, sob os auspícios da autonomia do sujeito, as mulheres passam a repudiar a submissão no casamento, o aprisionamento da maternidade e tentam aderir ao cultivo da vida intelectual e mundana. E tudo isso se inspirava, sobremaneira, nos ideais iluministas, do respeito à igualdade entre os sexos, conforme consta no tratado dos Enciclopedistas, por sinal bastante avançado quanto ao estatuto da mulher no casamento e na família.

Portanto, é no bojo dessa efervescência de transformações históricas nos séculos XVIII e XIX, marcada por deslocamentos e desestabilização da antiga ordem constituída, que vêm a proliferar discursos ressaltando o destino natural da mulher no espaço privado, proliferação esta que, como já comentamos anteriormente, nos leva a desconfiar desse lugar de naturalidade.

A partir dessa breve panorâmica, pontuando a produção filosófica no processo de construção e consolidação de um discurso sobre a feminilidade, resta buscar como reagem as mulheres a essa prática discursiva em torno da feminilidade. Isso significa tocar na discussão sobre poder. Em relação a este, posicionamo-nos numa perspectiva que entende poder como uma prática discursiva, conforme a concepção de Foucault (1975/1987a; 1976/1985). Para ele, toda relação de poder implica, pelo menos potencialmente, o uso de estratégias de luta que, na verdade, correspondem a mecanismos que atuam em relação: relações de poder. Assim sendo, à luz desse olhar, não há lugar para polos fixos na relação entre dominantes e dominados.

As implicações dessa concepção de poder para nossa reflexão sobre a feminilidade apontam para a necessária busca de apreender como respondem as mulheres, a partir desse lugar de gênero feminino, às relações de poder como práticas discursivas. Sobre esse aspecto, o que se percebe é que, apesar da hegemonia do discurso androcêntrico atuante nos dispositivos de saberes disciplinares, tanto ontem quanto hoje, as mulheres não eram (e nem são) obrigadas a serem “rainhas do lar” ou assumirem a maternidade e “sofrerem no paraíso”.

Contrariamente a uma concepção de poder que vê os polos antagônicos (dominantes e dominados) como entidades puras, em que um domina e o outro é mantido na submissão, adotamos para leitura da feminilidade a perspectiva de poder como prática discursiva, na qual não há lugar para algozes e vítimas. A categoria gênero, no sentido relacional, implica que se desvendem as relações que tecem a rede de poderes e contrapoderes entre o masculino e o feminino, olhando de frente as amarras que sustentam e reproduzem a relação entre homens e mulheres.

Em consonância com essa lógica sobre o exercício do poder como prática discursiva, situamos o sentido do casamento e da posse dos filhos na vida de muitas mulheres, tanto nos séculos passados, quanto nos dias atuais. Isso significa reconhecer que, embora nessa posição feminina culturalmente hierarquizada como inferior, as mulheres usufruem de algum bônus, no gozo dessa feminilidade, particularmente no que concerne à função materna. Não admitir essa possibilidade seria uma postura ingênua e contrária à concepção de poder como uma prática discursiva; nesta, entendemos a feminilidade como um discurso imposto às mulheres, mas que não necessariamente têm de aceitá-lo passivamente, apenas porque os dispositivos educacionais assim o impuseram e impõem. Se assim fosse, não haveria como entender a emergência das mudanças efetivadas através dos tempos, não só no que diz respeito ao movimento feminista, mas a todos os grupos e categorias sociais situados nesse lugar de subordinação.

Assim sendo, não só nos dias atuais, mas desde séculos passados, um conjunto de traços componentes da feminilidade, para muitas mulheres é e foi um destino desejado; para muitas, constitui o caminho da realização pessoal. Entre estes traços merecem destaque: o casamento fundado em bases do amor romântico, a posição de “rainha do lar”, responsável pela harmonia e paz doméstica (onde podem “reinar” nesse espaço privado), a posse da prole. Nesse espaço, impera o poder dos afetos.

Dizer que a feminilidade constrói as mulheres aponta, por um lado, para a premissa de que há um discurso que disciplina e regula a relação diferenciada entre homens e mulheres, privilegia a natureza na constituição subjetiva feminina e a necessária adequação das mulheres a essas atribuições ditas naturais. Por outro, que essa regulamentação não é efetivada de modo absoluto e estático. Tendo em vista a reação das mulheres a esses dispositivos, enquanto umas chegam a aceitar essa condição, funcionando como elos no processo de reprodução dos mecanismos ideológicos de gênero, outras resistem e reagem, gerando desajustes entre a posição atribuída aos

sujeitos femininos e o ideal de feminilidade socialmente instituído. É nessa arena de forças em conflito que algumas mulheres vêm a adoecer.

Eis, pois, os pontos norteadores dirigidos à feminilidade que, a partir das lentes de gênero e de uma concepção de poder como prática discursiva, consiste numa prática discursiva masculina que constrói as mulheres. E é enquanto uma noção-chave articulada com mulheres e posição feminina, que feminilidade adquire poder na consolidação na nova ordem social implantada com a modernidade.

### *1.3.2 Gênero e Corpo, uma relação de poder: O biopoder*

O que é uma mulher domesticada? Uma fêmea da espécie. Uma explicação é tão boa quanto a outra: uma mulher é uma mulher. Ela só se torna uma doméstica, uma esposa, uma mercadoria, uma coelhinha, uma prostituta ou ditafone humano em certas relações. (Rubin, 1993, p.2).

Na assertiva acima Rubin, corroborando a premissa de Beauvoir, de que não se nasce mulher (e nem homem, acrescentamos nós), mas torna-se, aponta para o princípio de que esse “tornar-se” depende de determinadas relações em que machos e fêmeas da espécie humana estão inseridos. Entender como socialmente se constroem e se mantêm as relações entre homens e mulheres na História é objeto de análise dos Estudos de gênero, que afirma como por meio desta categoria os humanos pensam a atividade social e, a partir deste pensar, organizam-na. Isso se justifica porque, ao lado das categorias classe, raça e etnia, gênero constitui também uma categoria básica no processo de organização social.

É disso que fala Joan Scott (1990), quando concebe gênero como uma categoria de análise histórica, concepção esta que adotamos como instrumental teórico de análise. Em sua construção conceitual, Scott adota uma postura teórica que inter-relaciona os processos estrutural, simbólico e subjetivo, fundamentando-se em duas premissas básicas que atribuem ao gênero um caráter social e político. Considerando o nosso objeto de estudo – o adoecer feminino – essa construção conceitual oferece suporte teórico-metodológico de análise: contempla o contexto histórico (estrutura ocidental capitalista patriarcal) em que as mulheres, como categoria social, estão inseridas e recebem a influência dessa estrutura; reconhece a influência da historicidade na construção subjetiva feminina, não só pela divisão do trabalho social, mas também pela

via do simbólico. Portanto, à inter-relação dos processos simbólico e estrutural, se acrescenta o subjetivo, quando os sujeitos sociais, nas suas singularidades, respondem de modo diversificado a essa contextualização; é em função disso que, apesar das condições sociopoliticoculturais serem comuns às mulheres, nem todas, porém, vêm a adoecer, e isso pode-se justificar pela singularidade da constituição biopsicosocial.

Como o fenômeno adoecer acontece no corpo e entendemos o adoecer feminino como atravessado pela condição de gênero, adotamos uma concepção de corpo politicamente marcado, a “anatomia política” de Foucault (1975/1987b). É também considerando essa marca política que Scott (1990) institui como premissas básicas constituintes da categoria gênero a relação de poder e a relação social. Para a análise sobre o adoecer feminino a partir da concepção de corpo político, adotamos o referencial teórico de Susan Bordo (1996,1997), que concebe o corpo como agente de cultura e lugar de exercício de controle social; à luz de uma concepção foucaultiana de poder, Bordo trabalha com os conceitos de corpo e feminilidade para fundamentar as patologias femininas por ela designadas como patologias de protesto.

A seguir, desenvolvemos uma reflexão sobre “Gênero e Corpo, uma relação de poder: o biopoder”. Iniciamos trabalhando a emergência histórica da concepção de gênero e em seguida discorremos sobre sua sistematização conceitual como categoria de análise fundamentada em Scott (1990). Sobre gênero e corpo, nos fundamentamos em Susan Bordo, particularmente, em sua reconstrução do discurso feminista sobre o corpo à luz do conceito foucaultiano de poder, o biopoder.

Historicamente, o ponto de partida da concepção de gênero ocorreu por volta dos meados da década de 50, do século XX, quando John Money (1955) propôs o termo *gender role* (papel de gênero) para descrever o conjunto de condutas atribuídas aos homens e às mulheres; seus estudos pioneiros sobre hermafroditismo levaram ele e seus associados a inferirem a necessária distinção entre sexo e gênero. Para eles, o passo fundamental para a diferenciação de gênero seria a autodesignação pela criança, como sendo do sexo feminino ou masculino, de acordo com a atribuição social; essa diferenciação de gênero ocorreria em torno dos dezoito meses e estaria completa aproximadamente aos quatro anos e meio. Mais tarde, Robert Stoller, no livro *Sex and Gender* (1968), vai estabelecer com mais nitidez a diferença conceptual entre sexo (qualidade de fêmea e macho) e gênero (feminino e masculino); para isso se baseia em suas investigações sobre meninos e meninas que, devido a problemas anatômicos, haviam sido educados/as de acordo com um sexo que não era fisiologicamente o seu.

Em *Masculinidade e Feminilidade: apresentação de género* (1993, p.21), Stoller esclarece:

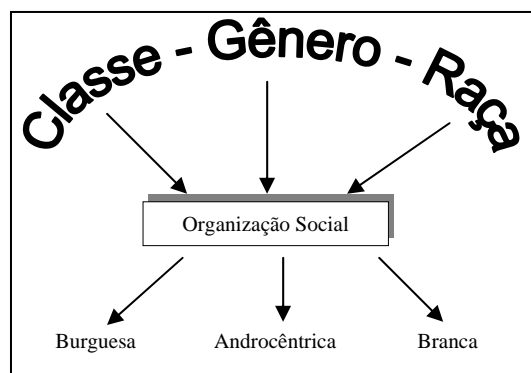
Sexo (qualidade de ser homem e mulher) refere-se ao estado biológico com estas dimensões – cromossomas, genitais externos, gônadas, aparatos sexuais internos (por exemplo, útero, próstata), estado hormonal, características sexuais secundárias e cérebro; género (identidade de género) é um estado psicológico – masculinidade e feminilidade. Sexo e género de modo algum necessariamente estão relacionados. Na maioria dos casos, no ser humano, as experiências pós-natais podem modificar, e algumas vezes sobrepujar, tendências biológicas já presentes.

Vemos assim que a concepção de género já pairava, desde a década de 50 do século XX, nos estudos preocupados com a relação social entre homens/mulheres, masculino/feminino; como categoria de análise, no entanto, sua emergência vai acontecer em torno da década de 70 do século XX e, basicamente, no campo das ciências sociais. Nos dias atuais, género é uma categoria difundida por uma multiplicidade de áreas do conhecimento e vem sendo apropriada de modo diverso e por campos de saberes diversificados.

Em linhas gerais, todavia, diz respeito à construção social do sexo, enfatizando a sua radical oposição a leituras biologizantes da constituição/lugares de homens e mulheres no *socius*. Insistindo na condição sociohistórica do processo organizativo da diferença sexual, constituinte da organização social e também nela/dela constituída, a relação de género é tão relevante à apreensão do mundo social como o são as relações de classe, de raça/etnia; constitui também uma das primeiras formas (senão a primeira) de relação de poder.

É disso que trata Scott (1990) numa produção considerada das pioneiras nos Estudos de género em que, ao considerar esta categoria como um dos pilares básicos constituintes da organização social, contribui para compreendermos a sociedade, além de burguesa e branca, também androcêntrica.

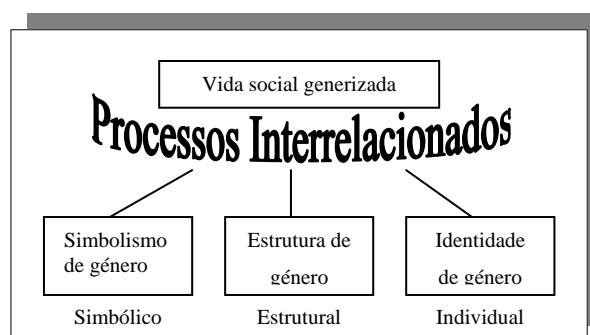




**Figura 5:** Organização Social  
**Fonte:** Elaborado pela autora

Gênero, enquanto uma categoria de análise que busca apreender como as relações de dominação entre homens e mulheres são socialmente construídas, além de peça-chave em nosso processo reflexivo, o é também na configuração da dinâmica social; historicamente, se encontra entrelaçada com as demais formas de dominação, reforçando-as e reproduzindo-as.

Para Scott (1990), a dinamicidade da relação de gênero, é constituída por duas proposições fundamentais: uma primeira, gênero como elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos; atua através dos processos simbólico (simbolismo de gênero), estrutural (estrutura de gênero/ divisão sexual do trabalho) e individual (identidade de gênero), intrinsecamente relacionados. Como tais, atribuem significados à masculinidade e à feminilidade, caracterizando o convívio humano como, além de marcado pelas condições de classe, raça/etnia, também pelas de gênero, donde a constituição da vida social como generizada<sup>19</sup>:



**Figura 6:** Vida social generizada  
**Fonte:** Elaborado pela autora

Como sistema simbólico, a diferença de gênero se destaca como uma das mais antigas, universais e poderosas fontes de conceptualizações morais existentes, haja vista

<sup>19</sup> Usamos o termo generizado, derivado de gênero.

o que ocorre com diferentes culturas que designam um género a entidades não humanas e a fenómenos da natureza (montanhas, furacões, maremotos, entre outros). Nas mais diversas culturas, as diferenças de género têm sido o pivô a partir do qual os humanos se identificam como pessoas, se organizam nas relações sociais e simbolizam eventos/processos naturais e sociais.

Quanto ao processo estrutural, a estrutura de género concerne à divisão sexual do trabalho que, ao lado da diferença de classes, raça e etnia tem seu lugar de relevância na organização social. Tanto quanto essas outras determinações, é marcada por mecanismos ideológicos que contribuem para reforçar relações de dominação e para que percebamos o mundo, como afirmam Marx e Engels, na *Ideologia Alemã* (s/d, trad.1932, p.25), de modo invertido, “tal qual acontece numa camera obscura”:

se em toda a ideologia os homens e as suas relações nos surgem invertidos, tal como acontece numa camera obscura, isto é apenas o resultado do seu processo de vida histórico, do mesmo modo que a imagem invertida dos objectos que se formam na retina é uma consequência do seu processo de vida directamente físico.

É nessa linha de raciocínio, apontando para as condições históricas de existência, que faz sentido o aforismo presente na *Ideologia Alemã* (s/d, trad.1932, p.26) de que, “não é a consciência que determina a vida, mas sim a vida que determina a consciência”; também faz sentido o modo como a simbolização se perpetua, como acontece com imagens e simbolismos de género, em que as mulheres são representadas numa condição de dependência em relação ao masculino. Essa condição se faz presente, seja no espaço privado, seja no espaço público, se estendendo pelas instâncias de dominação económico-política contribuindo para a manutenção e reprodução de relações generizadas de poder.

Em relação ao processo individual, a identidade de género, enquanto constitutiva da identidade social, é construída em articulação com os demais processos simbólico e estrutural. Com base em um discurso social que mediatiza a construção do masculino e do feminino, tanto quanto a realidade como um todo, entendemos que as formações de linguagem não só precedem a existência de homens e mulheres na sua individualidade empírica, mas os inscrevem em posições da ordem do simbólico muito antes de terem eles consciência de existirem. Nesse sentido, “homem” e “mulher” são os primeiros significantes que nos designam, logo que chegamos ao mundo; é assim que designa a

cultura e que o social nos acolhe, logo na chegada (ou mesmo antes dela), por intermédio do núcleo familiar, nas figuras parentais dos pais e das mães. Sobre essa designação primordial, lembramos Kehl (1998), quando afirma ser ela estabelecida com base na “mínima diferença” inscrita em nossos corpos e é exatamente a partir desta que, no grupo humano, somos categorizados, etiquetados como “homem” ou “mulher”; basta isso para já sermos identificados, já que nos concede um sentido de pertença, mesmo que seja essa da ordem do imaginário – uma pertença identitária imaginária.

Diante dessa concepção do processo individual de Scott na constituição da identidade de género e da mediação discursiva imaginária com base na “mínima diferença” de Kehl, entendemos que, como seres de linguagem, somos inscritos num grupo marcados, desde logo, por algumas (mínimas) características comuns. Essas injunções discursivas que nos identificam como “homem” ou “mulher” são marcas que nos acolhem desde o nascimento e vão nos acompanhar pela vida afora. Tais marcas, que se fazem presentes antes de qualquer outra construção subjetiva, apontam para um sentido atribuído, sentido este que, mesmo sendo feito a partir de nossos corpos, é efeito (é feito) de um discurso já previamente estabelecido: trata-se do discurso generizado.

Compreender como a cultura vem respondendo “O que é ser mulher?” implica, então, identificar os discursos que vêm sendo estabelecidos pela cultura ocidental ao longo da História; entre os discursos estabelecidos, o generizado é dos mais antigos de que temos notícias, senão um dos primeiros a nos acolher lá nas brumas dos tempos.

Com base nesse discurso, que diferencia os sujeitos masculino e feminino, investindo-os de valores e atributos que a cultura lhe confere, é que homens e mulheres, categorizados a partir da diferença anatômica, já vão ser posicionados de acordo com parâmetros de ordem simbólica. É isso que vai definir a posição discursiva do sujeito, ou seja, sua alocação simbólica. A mínima diferença anatômica que distingue meninos e meninas está, desde tempos históricos, concebida simbolicamente; de acordo com os saberes androcentricamente construídos a diferença é lida pelo viés das lentes da desigualdade. Isto significa que, se culturalmente a tradição androcêntrica estabeleceu que uma das metades das categorias constituintes do grupo humano é valorativamente superior à outra metade, tudo que for estranho e/ou diferente a este padrão, será apreendido como inferior.

Assim sendo, se a posição masculina e feminina é da ordem do simbólico – à proporção que vão sendo compostas as identificações com a masculinidade e a feminilidade – homens e mulheres vão sendo estruturados segundo o modo como cada

cultura organiza os ideais para seus gêneros. É nesse sentido que homens e mulheres, enquanto sujeitos, estão opostamente posicionados (mulheres, posição feminina, feminilidade *versus* homens, posição masculina, masculinidade), o que, entretanto, não significa que tais posicionamentos sejam fixos, nem fixas também são as construções identitárias que se efetivam de modo relacional.

É exatamente esse aspecto relacional que dá sentido à categoria gênero, intrinsecamente permeada e atravessada por determinações de poder, conforme argumenta Scott (1990), na sua segunda premissa: gênero como primeiro modo de dar significado às relações de poder. No percurso histórico, o masculino vem sendo mais valorizado que o feminino e isso remete para a hegemonia do patriarcado como um modo de relação social que vem predominando na história humana e, na contemporaneidade, se articula com o modo de produção capitalista.

Se no capitalismo, as classes sociais (burguesia e proletariado), na relação de controle das forças produtivas, constituem os sujeitos antagônicos por excelência, no patriarcado, o antagonismo se estabelece entre o masculino e feminino historicamente construídos. A articulação entre estes modos de relação social de poder caracteriza a estrutura social (constituente das subjetividades masculina e feminina) como capitalista patriarcal, cujas formas de dominação fortalecem e legitimam a manutenção e reprodução da ordem social vigente. Particularmente em relação à ordem patriarcal de gênero, o poder patriarcal constitui o conceito-chave da dinâmica constitutiva do feminino e do masculino.

A construção histórica permite apreender padrões culturais próprios de homens e mulheres, em que o feminino (posição) e a feminilidade (forma particular de identidade, enquanto conjunto de atributos próprios das mulheres em função da particularidade de seus corpos) são construções masculinas. A abordagem sobre o poder de gênero é de fundamental importância em nossa análise, na medida em que trabalhamos o corpo como lugar de exercício de controle social (o biopoder); isso, necessariamente, aponta para o conceito de patriarcado e suas implicações ideológicas nas instâncias familiares e religiosas, no que se refere ao lugar das mulheres e do adoecer feminino.

Entre as teóricas que vêm investigando o patriarcado destacamos a contribuição de Pateman (1988), que o concebe como um contrato sexual atuante no âmbito privado, com desdobramentos para o espaço público; este é um dos aspectos relevantes da análise, visto que permite evidenciar a presença do poder patriarcal no capitalismo e de toda sociedade civil. Em se tratando do adoecer feminino, permite a compreensão sobre

como o corpo pode ser usado como instrumento de controle social, não só nas relações privadas (pelo controle do corpo das mulheres pela via da sexualidade e da reprodução), mas também no espaço público, pelas imagens do corpo feminino simbolicamente manipuladas.

Para Pateman, a “lei do pai” e a “lei do marido” vêm garantindo a perpetuação de uma história de liberdade e submissão entre homens e mulheres; a relevância desse conceito se justifica nos Estudos de gênero, entre outras razões, porque permite perceber o modo que são atribuídos direitos aos homens sobre as mulheres, configurando uma relação de natureza hierárquica e, portanto, de poder. Se literalmente se entende patriarcado como lei do pai, historicamente o sentido desse termo está associado a uma espécie de pacto masculino para garantir a opressão das mulheres.

Nesse sistema de governo, o corpo da mulher (sexualidade e reprodução) constitui o cerne por intermédio do qual o poder masculino é exercido funcionando como lugar prático de controle social e reprodução da feminilidade. É nesse sentido que o corpo é percebido como instrumento de controle social e as doenças significativamente incidentes em mulheres, como expressão desse controle; disso trata Susan Bordo, quando se apropria do conceito de poder em Foucault e analisa essas doenças como patologias de protesto, ao afirmar que “os corpos femininos tornam-se o que Foucault chama de ‘corpos dóceis’: (. . .) habituados ao controle externo, à sujeição, à transformação e ao aperfeiçoamento.” (Bordo, 1997, p. 20).

Mediante a imposição de mecanismos variados de poder sobre o feminino, o corpo vai constituir mais um desses mecanismos em que as mulheres são interpeladas para responder a padrões culturais estabelecidos, ditos próprios da feminilidade. É em resposta a essa interpelação que o corpo vai funcionar como um instrumento de controle.

Em seu artigo “O corpo e a reprodução da feminilidade: uma apropriação feminista de Foucault” (1997), Bordo reconstrói o discurso feminista sobre o corpo, compreendendo-o como um texto/uma metáfora da cultura e, como tal, funciona como um lugar prático direto de controle e de reprodução da feminilidade. Nessa perspectiva, corpo, longe de constituir uma dimensão essencialista de caráter biuniversal é, na verdade, uma construção simbólica, um agente de cultura; enquanto tal, por meio dos atos mais corriqueiros que compõem os rituais diários – o que e como comemos, vestimos, cuidamos de nós e de outrem – expressamos valores e crenças. Nesse sentido, a cultura se faz corpo, já que este é submetido às normas culturais, tornando-

se disciplinado, dócil, regulado, domesticado.

Essa concepção de corpo é construída por Foucault ao longo de sua obra e aqui destacamos duas de suas produções: *Vigiar e punir: nascimento da prisão* (1975/1987b) e *História da sexualidade* (1976/1985). Na primeira, Foucault aponta para a primazia das práticas que funcionam como disciplinadoras e normatizadoras dos corpos, funcionando como um lugar prático de exercício do poder. Tal prática é exercida com tamanho poder que chega a colocar em risco a própria saúde e a vida das pessoas, como vem ocorrendo na contemporaneidade. Dietas, exercícios físicos, cirurgias plásticas, ingestão de medicamentos para fins estéticos, entre outros dispositivos tão em voga, objetivam moldar o corpo a determinados padrões culturais. As mulheres têm sido presas fáceis dessas prescrições que tendem cada vez mais a proliferar, moldando/disciplinando o corpo feminino aos ditames normatizadores de padrões de beleza estabelecidos.

Com o passar do tempo, estes padrões acabam funcionando como um mecanismo externo de sujeição, pelo disciplinamento e normatização do corpo feminino; por serem regidos por princípios que organizam o tempo e o espaço da vida das mulheres, impingem-lhes uma (auto) modificação existencial ao ponto de serem caracterizados como “práticas de feminilidade”, podendo resultar na debilitação físico-emocional e até em morte.

Estes riscos em relação às mulheres dizem respeito à condição de gênero que as subordina e aprisiona num lugar de objeto – o “outro” em relação ao “um” – de acordo com o padrão de feminilidade culturalmente construído e imposto. Em função disso, direta e indiretamente, a normatização tende a se tornar mais danosa. E o corpo feminino, presa mais fácil e dócil ao exercício desse poder (o biopoder), conforme é trabalhado na *História da sexualidade*, mais especificamente no Vol I, *A vontade de saber* (1976/1985). Nessa obra, Foucault analisa como, durante um longo momento histórico, um dos privilégios do poder soberano era o direito de vida e morte de seus súditos; afirma o autor que isso “derivava formalmente da velha *patria potestas* que concedia ao pai de família romano o direito de ‘dispor’ da vida de seus filhos e de seus escravos; podia retirar-lhes a vida, já que a tinha ‘dado’ ” (p.127). Prosseguindo em sua análise, afirma ele que no Ocidente, depois da época clássica, esses mecanismos de poder sofreram uma profunda transformação e o poder assumiu a função de gerir a vida e isso nada tinha a ver com questões humanitárias. Na verdade, elucida Foucault, (1976/1985, p. 132),

Este bio-poder, sem a menor dúvida, foi elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pôde ser garantido à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos. Mas o capitalismo exigiu mais do que isso; foi-lhe necessário o crescimento tanto de seu reforço quanto de sua utilizabilidade e sua docilidade.

Nessa análise, o desenvolvimento do biopoder ou poder sobre a vida teve seu início após o século XVII, assumindo duas formas principais, enquanto dois polos de desenvolvimento: um primeiro, que centrou-se no corpo como máquina, investindo na disciplina, adestramento, submissão e docilidade; já o segundo polo, formou-se mais tarde, por volta de meados do século XVIII e centrou-se no corpo-espécie, investindo-se nos mecanismos de intervenção. Direcionado para o controle e a regulação, este segundo pólo, nas palavras de Foucault, consistia numa biopolítica da população. Em suma, “As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois pólos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida (...) Abre-se, assim, a era de um ‘bio-poder’ ”(Foucault, 1976/1985, p.131). Este dispositivo está intrinsecamente contextualizado numa “sociedade disciplinar”, em que se exercem formas modernas de regulação social: vigilância e controle. O biopoder atua como uma força positiva direcionada para a administração e o cultivo da vida de acordo com estratégias que, desde o século XVIII, interligam uma variedade de práticas sociais e técnicas de poder.

Apoiando-se nessa leitura foucaultiana, a investigação feminista infere o corpo como um lugar prático de controle social; nesse sentido, há de se considerar o corpo como uma construção híbrida, em que a materialidade biológica e a produção cultural estão em constante relação. Enquanto produção cultural, o corpo é marcado pela História e cada pessoa traz essas marcas inscritas, tecidas no decorrer da vida; cada pessoa, com suas histórias de vida singulares, em espaços e tempos determinados, isto é, cada corpo carrega uma historicidade própria. Isso não significa que a história seja determinante, mas abre um leque de possibilidades e limites na constituição do corpo. Faz sentido, portanto, questionar-se: que marcas carregam os corpos e como falam elas das histórias singulares? Como foram produzidas? Que sentidos são atribuídos a essas marcas?

Apontar para tais questões, buscando configurar o processo de inscrição das

marcas no corpo e seu processo de produção, implica problematizar o sentido do corpo, da saúde e do adoecer; se o corpo é historicamente marcado, significa que essas marcas têm uma história e só se tornaram “marcas” inscritas a partir de determinadas práticas, sobretudo de ordem discursivas. Essa leitura se fundamenta na premissa de que a natureza humana é construída no interior de práticas sociais e são essas práticas sociais que constroem os sentidos que atribuímos à vida, à saúde, à doença.

Assim sendo, a concepção de corpo, conforme vem sendo trabalhada nas investigações feministas à luz da perspectiva foucaultiana (1975/1987b), corresponde a uma superfície onde vão sendo inscritos acontecimentos com as marcas da linguagem. À luz do olhar de gênero, esse acontecimentos inscrevem nas mulheres e seus corpos, as marcas do feminino, práticas que fazem com que o corpo funcione como um instrumento de produção / reprodução da feminilidade – “práticas de feminilidade” – e, conseqüentemente, um lugar de controle social, exercício do poder generificado.

Isso implica que se reveja a concepção de corpo e também de poder, de um modo distinto daquela em vigor lá pelos fins dos anos dos anos 60 e início de 70 do século XX, quando apontava para uma relação antagônica entre sujeitos em oposição – opressores *versus* oprimidos, vilões *versus* vítimas. Nessa nova visão, de caráter foucaultiano, poder é entendido, nas palavras de Bordo (1997, p.21), como “rede de práticas, instituições e tecnologias que sustentam posições de dominância e subordinação dentro de um âmbito particular (...) cujos mecanismos centrais não são repressivos mas *constitutivos*.”

Como afirma Foucault na *História da sexualidade* (1976/1985), o poder tem essa capacidade de gerar forças, organizando-as e fazendo-as crescer, diferentemente de outros sentidos, que veem poder como uma força impeditiva, que tão-somente subjuga e destrói. Apropriando-se dessa construção foucaultiana, Bordo (1997) a reconhece como fundamental na questão da feminilidade, porque possibilita identificar mecanismos que, em vez de reprimir desejos, os moldam e multiplicam, ao tempo que permitem detectar/confrontar dispositivos “pelos quais o sujeito se torna às vezes enredado, conivente com forças que sustentam sua própria opressão.”(Bordo, S.,1997, p.21).

Nesse sentido, sujeitos alocados no polo dominado, enredados na relação de poder, podem vir a contribuir para sua própria submissão, numa relação dialética em que podem se entrecruzar gestos/movimentos contraditórios, vindo o corpo a funcionar como lugar de controle social e, ao mesmo tempo, de resistência a este controle. É assim



se pode abordar a questão do adoecer feminino e das patologias de protesto, quando no corpo é escrito um texto – o texto da feminilidade –, bem como as doenças – a escrita da doença no corpo, conforme veremos a seguir, na abordagem sobre as patologias femininas e feminilidade.

### *1.3.3 Patologias Femininas e Feminilidade: Uma Arena de Conflitos, Protestos e Recuos*

Desde a década de 70 do século XX, os Estudos de gênero vêm se debruçando sobre um tema cuja relevância concerne à vida e à saúde das mulheres: trata-se da incidência de determinados tipos de patologias prevalentes em mulheres. Sem desconhecer nem desconsiderar as implicações de ordem biológica, o que vem prendendo a atenção desses estudos, pesquisas e produção teórica é o traço subjetivo comum que parece particularizar tais patologias; estas, para além de explicações individuais e/ou anatômicas, apontam para relações simbólicas e estruturais próprias de uma determinada sociedade (ocidental capitalista patriarcal).

A existência de relações de poder entre grupos faz com os situados numa posição dominante imponham seus valores aos dominados, sendo estes valores incorporados também pela sociedade como da ordem do universal. Esse arranjo e manutenção estrutural são assegurados pelos mecanismos ideológicos, cuja função consiste exatamente em justificar e legitimar situações socialmente construídas como se fossem naturais.

O objetivo desses estudos não propõe que se desconheça a materialidade dos corpos, a sua base biológica, mas tão somente compreendê-los sob a ótica de sua constituição híbrida, ou seja, biológica e histórica; isso significa que se mude o foco de análise indo além das análises anteriores, que se restringiam à base biológica universal. Encarar o corpo nessa perspectiva, “arranhado pela história” e em articulação com os processos e relações sociais de classe, gênero, raça/etnia, sexualidade significa questionar uma materialidade que fixa, congela, naturaliza a construção identitária desses corpos; significa buscar as possibilidades de significação que, na questão do adoecer feminino, passa pela construção da subjetividade à luz da relação de gênero.

Nessa direção vêm se encaminhando os Estudos de gênero, quando buscam analisar como padrões culturais produzidos pelo patriarcado traçam o perfil a ser incorporado por homens e mulheres no convívio social, delimitando o que é da ordem

do masculino e do feminino, a partir de convenções concernentes à masculinidade e à feminilidade. É no bojo desse quadro convencional de gênero que determinadas patologias incidentes em mulheres – histeria, anorexia nervosa, bulimia, agorafobia, neurastenia – vão ser designadas femininas e de protesto. Tais estudos constituem um conjunto de análises e especulações que apontam para causas diversas, não contando assim com uma única unidade teórica de análise; apesar dessa diversidade, apresentam, todavia, um ponto comum de convergência, caracterizando as patologias femininas numa categoria: a de patologias de protesto.

Nos estudos desenvolvidos sobre as patologias de protesto, um traço central na análise é a questão do conflito. As mulheres portadoras dessas patologias, como que confrontadas em arenas múltiplas de controle, acabam por adoecer em decorrência da luta estabelecida com os padrões de feminilidade produzidos pela cultura patriarcal. Nesse sentido, a leitura sobre o adoecer tem por base não um olhar individual e biológico (como o faz o saber médico preso ao corpo biológico), e sim as condições sociais de um contexto estrutural próprio da sociedade ocidental capitalista patriarcal.

Na sua análise sobre anorexia nervosa como cristalização da cultura, Bordo (1996) configura a síndrome dessa patologia de acordo com o que ela denomina de “três eixos de continuidade” – dualístico, de controle e de gênero-poder – e é a partir dessa configuração que o conflito constitui o cerne no desencadeamento das patologias femininas.

No eixo dualístico, Bordo, contextualizando a concepção do humano conforme a tradição epistemológica ocidental, ressalta a relação de forças entre o corpo (material) e a alma (espiritual); essa tradição construída desde a antiguidade judaico-cristã se fortaleceu com a filosofia greco-romana e assumiu o estatuto de ciência na sociedade moderna com o *cogito* cartesiano. Nesse eixo dualístico, convém ressaltar que o estabelecimento da dualidade corpo-espírito se efetiva com um atravessamento de gênero, visto que, enquanto o corpo material é associado ao feminino (paixões, descontrole), o espiritual, por sua vez, está ligado ao masculino (razão, disciplina, controle).

Dando continuidade à sua argumentação sobre os eixos, quando trata do eixo de controle, Bordo se refere ao controle sobre o corpo material, que é submetido por meio de dispositivos disciplinares: padrões rigorosos de aperfeiçoamento para modelar o corpo, de acordo com princípios de saúde, perfeição e pureza. É sobre este lastro valorativo que os corpos são submetidos a exercícios compulsivos pelo exercício da

vontade; é sob a égide desse controle que a autora, buscando um encadeamento entre os eixos, chega ao eixo gênero-poder, configurando a anorexia nervosa como uma patologia prevalente em mulheres (90%) e significativamente feminina.

O que destacamos nesse modelo dos três eixos de continuidade é a posição nuclear do conflito presente em todos eles, e é baseando-se neste que ela estabelece a relação entre anorexia nervosa e gênero, quando “dois eus entram em guerra”: por um lado, o “eu” moldado pelos padrões de feminilidade e, por outro, o que se rebela a ele, gerando um estado de insatisfação e protesto. Na base dessa reflexão, aponta a autora para dois significados de gênero que estariam relacionados com o desencadeamento da anorexia nervosa em mulheres: um primeiro, a desvalorização do tradicional papel atribuído às mulheres na sociedade, às suas limitações valorativas, bem como ao medo de assumi-los, incorporando-os; um segundo, o profundo medo que desperta nas mulheres a imagem da fêmea, associada à voracidade, tanto no ato de comer (alimentação) quanto na sexualidade (insaciabilidade sexual).

É nesse campo de forças em conflito, com arenas de controle social e mecanismos ideológicos em ação, que a autora caracteriza a sintomatologia da anorexia nervosa como uma textualidade, isto é, uma construção feminina escrita no corpo. Nessa construção, a doença emerge como uma espécie de “solução” possível para um dilema insolúvel presente na sociedade calcada em valores generizados dualistas, donde o estabelecimento da relação existencial conflitante das mulheres. O conflito se estabelece entre o lugar tradicionalmente construído para as mulheres pelo discurso da feminilidade (no lar, como esposa, mãe e dona-de-casa) e as emergentes oportunidades oferecidas pela sociedade moderna, no espaço público, com as possibilidades de inserção das mulheres no mercado de trabalho, acenando para o “ser moderno”, para a imagem da “mulher moderna”. Em suma, o já posto e conhecido conflito entre domesticidade feminina *versus* espaço público masculino.

Assim sendo, são estes os pilares básicos de uma relação conflituosa implantada pela dualidade contextual. Em determinadas situações, o conflito assume o caráter de um dilema insolúvel, senão para todas as mulheres, mas pelo menos para algumas delas, e são estas que acabam por adoecer. Nestas, as doenças vão funcionar como mecanismos ou “soluções” possíveis para esses dilemas.

Um aspecto ainda a destacar é o sentido da contradição embutido nessa busca de “solução”; ao mesmo tempo que as mulheres portadoras das patologias de protesto resistem à feminilidade, acabam por reproduzi-la, visto que regridem na sua condição de

adultez, se infantilizando seja pela dependência ocasionada pela doença, seja pela negação do corpo feminino.

Esse quadro teórico sobre o adoecer feminino como uma reação de protesto a uma situação de controle imposto às mulheres aos padrões de feminilidade aponta para o estabelecimento de uma relação de conflito. Diante disso, levantamos uma questão: se o cenário da sociedade ocidental capitalista patriarcal cria condições para estabelecer a relação mulheres – corpo – adoecer é comum à todas as mulheres, por que só algumas delas adoecem?

Poderíamos ensaiar uma argumentação acenando para a lógica da particularidade em que, apesar dessas condições serem comuns (atingem no âmbito geral todas as mulheres), há na singularidade (predisposição biológica, estrutura mental, história de vida, relação familiar) traços que vão estabelecer uma diferença em articulação com a particularidade de gênero. É de acordo com essa articulação que as respostas serão distintas; diante, por exemplo, da condição de poder patriarcal exercida, dos acontecimentos de perdas que desencadeiam situações de estresse, enquanto algumas mulheres se adaptam, outras respondem, rebelando-se, mas não necessariamente se estressando e adoecendo.

Entendemos que o divisor de águas nesse processo diz respeito ao efeito de sentido do adoecer; no âmbito do humano a imprevisibilidade e o indeterminismo são marcas que se fazem presentes e, nesse sentido, caracterizam a produção do conhecimento nas ciências humanas, bem como a natureza da pesquisa qualitativa. Assim sendo, estão direcionadas não para a causalidade dos fatos, e sim para o sentido da ação humana.

Os estudos sobre as patologias de protesto buscam saber em que aspectos os conflitos se evidenciam nas mulheres, como se processa a rebelião contra a feminilidade; esta, como um discurso construído pelo patriarcado, está disseminada em todas as instâncias sociais e sua base institucional enraizada na família. É aí que a matriz conflitante se estabelece, corporifica, finca raízes, se consolida e é desencadeada, começando pela rejeição ao papel de submissão ao homem/marido/pai por parte da mulher (esposa, mãe, dona-de-casa/filha); no seio da estrutura familiar são vivenciados os primeiros conflitos de gênero, diante da posição assumida pelo pai e pela mãe.

Não só na anorexia nervosa, mas também na histeria, esse dado já fora apontado desde meados do século XIX por olhares provenientes não só do feminismo. No alvorecer da Psicanálise como campo de conhecimento, o conflito travado contra a

feminilidade já dava seus primeiros sinais, marcando presença naquelas mulheres que, para serem escutadas, parecia que precisavam recorrer a mensagens corporais. É disso que trata Emilce Dio Bleichmar (1988) em *Feminsmo espontâneo da histeria*; para a autora o sintoma também era expressão do conflito diante de um padrão de feminilidade imposto. Enquanto um corpo de convenções vigentes, diz Dio Bleichmar que esta feminilidade haveria de ser aceita ou rejeitada e, no caso da histeria, significou a solução encontrada como um grito de rejeição.

Este fato também era apontado por médicos em meados do século XIX, quando pesquisavam a etiologia das psiconeuroses, como o fez Breuer (1895/1988), que chega a levantar a hipótese de uma associação dessa patologia em mulheres como um protesto contra a vida doméstica. Embora não concordando muito com esse argumento, Freud reconhece todavia a particularidade das mulheres que escutava em seu divã, a quem se refere como portadoras de um potencial intelectual e de um nível de aspirações que destoava da média das mulheres da época. Num de seus relatos sobre uma cliente portadora de histeria – Elizabeth von R. – Freud (Breuer & Freud, 1895/1988, p.156) comenta que “Ela se sentia, de fato, muito descontente por ser mulher. Tinha muitos planos ambiciosos. Queria estudar ou receber educação musical e ficava indignada com a idéia de ter se sacrificar suas inclinações e sua liberdade de opinião pelo casamento.” Sobre os casos clínicos estudados, o pai da Psicanálise constata uma estreita ligação entre a história dos sofrimentos vivenciados e os sintomas da doença.

Mais adiante, Freud (Breuer & Freud, 1895/1988, p.173) continua comentando suas impressões sobre a Srta. Elisabeth von R.:

Descrevi o caráter da paciente – as características que são encontradas com tanta facilidade nas pessoas histéricas e que não há desculpa para se considerar como consequência de sua degenerescência: seus talentos variados, sua ambição, sua sensibilidade moral, sua excessiva exigência de amor, a princípio atendida pela família, e a independência de sua natureza, que ia além do ideal feminino e encontrava expressão numa dose considerável de obstinação, combatividade e reserva.

Diante disso, parece que, apesar do saber psicanalítico não entender feminilidade como a entendem as feministas, há também o reconhecimento de um conflito estabelecido entre as mulheres e o padrão a ser seguido socialmente, resultando em acontecimentos patológicos, como as patologias de protesto.

Já em relação ao destino a ser dado a este conflito é uma outra questão, que vai distanciar ainda mais esses campos de saberes e isso, sobretudo, pela visão a-histórica que tende a predominar em algumas (mas, não todas) leituras psicanalíticas. Se a assertiva “anatomia é o destino” representou uma barreira impeditiva de aproximação das feministas com a Psicanálise, a relação mudou um pouco com a re-leitura que Lacan faz de Freud. Para Kehl (1996, p.13), “A teoria lacaniana avança um pouco sobre este ponto sugerindo que ‘linguagem é destino’; é a cultura que nos designa destinos diferenciados como homens e mulheres”.

No entanto, há quem questione também a construção lacaniana, não só pelo traço estruturalista de seu “simbólico” (leis da linguagem em seus aspectos formais e não o do feminismo, historicamente construído), como lembra Dio Bleichmar (Burin e Dio Bleichmar, 1996), mas também, na reflexão de Brennan (1997, p.16), pela sua construção epistemológica:

Pois é possível criticar Lacan com base apenas em sua metafísica, como faz Derrida quando argumenta que Lacan privilegia a diferença sexual e liga a sexualidade a um conhecimento dependente de oposições binárias, no qual a masculinidade domina pela presença, e a racionalidade é estabelecida por intermédio da exclusão do feminino (ou assim parece). A explicação dada por Lacan para a dominância fálica compartilha a lógica da presença.

Essas questões estão presentes e exigem discussão. Entendemos que têm tudo a ver com a construção androcêntrica do conhecimento ocidental, fundamentado numa lógica binária em que, como diz Adorno (1992), o feminino e a feminilidade são produtos da sociedade masculina; assim contextualizado, continua o autor, o caráter feminino, conseqüentemente, acaba sendo uma cópia calcada no positivo da dominação.

Para além dos choques e desencontros entre os campos de saberes psicanalítico e feminista, vamos nos deter no que une e possibilita encontros; entre estes, o processo de construção da subjetividade humana, pois, tanto Freud estava preocupado com o que faz um *infans* se tornar um humano, quanto Beauvoir, quando reconhecia que não se nasce mulher, mas torna-se. Nesse percurso em direção à construção subjetiva ambos os saberes se encontram, e é desse encontro que o feminismo vem estabelecendo uma ponte de diálogo com a psicanálise, pelo reconhecimento da dimensão inconsciente na construção subjetiva. É disso que fala Dio Bleichmar (Burin e Dio Bleichmar, 1996, p. 13), quando afirma que “El feminismo ilustrado, universitario (....) hace años que se ha

convencido de la importancia de la subjetividad y de la subjetividad inconsciente en el mantenimiento de las condiciones desiguales entre los géneros.”

Como vimos tratando, o estudo sobre a construção da subjetividade feminina constitui objeto de análise para os Estudos de gênero que, numa perspectiva relacional, busca identificar como as condições masculina e feminina são socialmente construídas, particularmente na ordem do simbólico. Partindo de um outro ângulo de análise e foco de interesse, a Psicanálise também se preocupa com esse campo investigativo e é nesse entrecruzamento de saberes, numa visão transdisciplinar, que buscamos identificar traços de encontros e desencontros no modo de conceber a construção subjetiva. Essa articulação de saberes se justifica não só por esse traço comum de interesse, mas também pelas leituras que são desenvolvidas em torno do adoecer em geral e do adoecer feminino em particular.

Foi reconhecendo as implicações da cultura no desencadeamento das doenças que Freud escreveu *O mal-estar na civilização* (1930 [1929]/1974), enquanto o feminismo se detém no mal-estar feminino e suas implicações no adoecer das mulheres, como uma reação aos padrões de feminilidade. Resguardando as diferenças, reconhecemos, porém, os pontos em comum com que estes campos de saberes vêm construindo suas teorias no sentido de dar conta dos sintomas que falam do mal-estar que têm sustentado as formas existentes de diferença sexual entre homens e mulheres.

Ancoradas nesse reconhecimento e na idéia do *complexus* estudiosas feministas, com base no *feminismo complexo*, vêm tentando construir uma ponte de diálogo com o saber psicanalítico. Entre estas, destacamos Mabel Burin e Emilce Dio Bleichmar (1996), ao trabalharem *Género, Psicoanálisis, Subjetividad*. Burin, em seu artigo “Género y psicoanálisis: subjetividades femininas vulnerables”, trabalha com traços da complexidade, cuja visão transdisciplinar sintoniza com nossa abordagem de estudo. Entre os traços apontados pela autora, destacamos: associar o objeto de estudo ao seu contexto que, no caso do feminino, se trata da ordem patriarcal de gênero e das relações de poder aí implicadas (dominação–dependência); unir o objeto de análise ao investigador (relação objetividade–subjetividade). A estes traços acrescentamos a posição discursiva do sujeito e orientação da ação, que dizem respeito à análise discursiva que propomos realizar.

Articular esses pontos com nossa proposta de análise implica considerar de que lugar enunciam as portadoras de Lúpus a construção de sentido do adoecer, bem como situar o objeto, na condição de produtor de sentidos. Na rede interativa

psicosociocultural, em que tudo é tecido junto, não há elementos simples, mas sempre marcados pelas relações de complementaridade, conflitos, contradição; esta se presentifica tanto nas relações de poder que, numa visão foucaultiana, são marcadas por protesto e recuos, como nas práticas discursivas, atravessadas pela heterogeneidade. Nessa rede de articulação de saberes, dirigem seus olhares pra um ponto comum: o discurso da feminilidade.

Como um ponto divergente se sobressai o destino a ser dado a essa feminilidade. Para o feminismo, o interesse maior é conhecer a origem desse discurso, identificando suas raízes históricas da ordem patriarcal de gênero e, diante disso, transformar essas condições. Já o saber psicanalítico se detém no espaço do privado e nas singularidades: como em cada pessoa o sofrimento é construído a partir de um processo discursivo e como poderá ela, resgatando sua história subjetiva, apreender esse processo e romper com a cadeia constitutiva do sofrimento.

Privilegiando o olhar de gênero, entendemos que algumas das patologias em mulheres têm a ver com um tipo de mal-estar (o mal-estar feminino) forjado na cultura patriarcal, ou seja, é no processo da construção social subjetiva feminina que se encontram as raízes de muitas formas de patologias em mulheres.

Perceber a construção da subjetividade como multideterminada, nos leva a perceber a condição saúde/doença das mulheres, nesse contexto patriarcal, intrinsecamente entrelaçada com as relações de poder. No bojo dessas relações, entram em jogo a repressão sexual, a divisão dos espaços público e privado, sendo reservado às mulheres o interior do lar e as funções ligadas à maternidade como naturalmente femininas; também entram em jogo nessa divisão de espaços e funções de gênero fatores concernentes aos tipos de poderes próprios a um ou ao outro gênero: aos homens, , por exemplo, lhes cabem o poder racional e econômico, enquanto às mulheres é destinado o poder dos afetos, particularmente no âmbito familiar, pela regulação e controle das emoções.

É sobretudo nesse circuito doméstico, sob a regência do poder, que os sentimentos de perda, de dor (pelas rupturas e separações), de culpa vão moldando a subjetividade feminina e tornando-as vulneráveis às situações de estresse e, conseqüentemente, às patologias ditas femininas. É contextualizando as mulheres nesse espaço destinado ao feminino, com toda a carga de padrões culturais que lhes moldam corações/mentes/corpos que os Estudos de gênero vêm investigando a histeria, a anorexia nervosa, a bulimia, a agorafobia, bem como determinadas sintomatologias



como: “síndrome do ninho vazio”, “mães patógenas”, “neurose de dona-de-casa”.

Nesse processo, a feminilidade, construção masculina de base patriarcal, é uma fonte primordial constitutiva do feminino. Enquanto uma abstração criada para caracterizar padrões de condutas e o posicionamento subjetivo de quem se identifica com o lugar assimilado às mulheres, feminilidade corresponde àquela posição de género especificamente entendida como feminina (mãe, esposa, dona de casa). Estas posições estão marcados pelos sentimentos de amor, altruísmo, contenção emocional, generosidade, desapego, renúncia, servilismo, receptividade e implicam condições afetivas de aceitação social. Na trama das expectativas de género, as mulheres que delas discordar, correm o risco de sofrer rejeição, censura e, conseqüentemente, mal-estar psíquico. Estes atributos definem, pela tradição, o “ser mulher”, e assumir tais posições é corresponder à identificação com a natureza feminina.

O imaginário coletivo moderno instituiu uma forma de ser mulher que se sustenta, como afirma Fernández (1996), numa trilogia narrativa: o mito de Mulher igual à Mãe, o mito do amor romântico e o mito da passividade erótica das mulheres. Estes mitos, articulados com o ordenamento dos espaços público e privado, constituem o caldo de cultura propício à construção subjetiva própria do feminino; entre outras características, o feminino é identificado como o “ser do outro” em detrimento do “ser de si”, identificação esta que tende a contribuir para a fragilização/vulnerabilidade emocional das mulheres.

Acrescentamos a essa trilogia alguns traços que são lidos/sentidos como naturalmente femininos, com repercussões tanto na vida das mulheres, quanto na sua condição de adoecer. Trata-se por um lado, do sentimento de culpa, herança histórica desde as narrativas mais antigas da humanidade; e, por outro, da vaidade feminina, resultante do lugar de objeto para o outro, historicamente atribuído às mulheres.

Toda essa configuração vivenciada pelas mulheres baseada na relação de género (feminino/ feminilidade), também é reconhecida pela Psicanálise, destoando, entretanto, num aspecto crucial: enquanto o olhar feminista atribui a essa condição uma dimensão histórica e almeja a transformação, a Psicanálise tende a assumir uma leitura a-histórica e sua preocupação não se detém numa proposta transformadora. O que parece ocorrer é que Freud, conforme constam em seus artigos *Sexualidade Feminina* (1931/1974) e *Feminilidade* (1933[1932]/1976), não chega a estabelecer uma distinção entre feminilidade e sexualidade feminina, distinção esta fundamental para a questão de género; enquanto feminilidade corresponde, remetendo a Dio Bleichmar (1988, p.190),

a “um conjunto de convenções que cada sociedade sustenta como tipificadores do feminino e do masculino”, sexualidade tem a ver com pulsões.

Ambos os campos de saberes constroem suas teorias direcionadas para o entendimento dos sintomas que falam do mal-estar emocional de homens e mulheres; contudo, vão divergir em aspectos fundamentais. O saber psicanalítico, se mantendo no âmbito privado, busca dimensionar como cada pessoa, em sua condição singular, lida com seu sofrimento e como foi ele discursivamente construído. Já o feminismo direciona seu olhar, prioritariamente, para o espaço público, buscando a transformação da ordem social de gênero, que constrói a posição feminina como dominada. Essa relação é esclarecida por Rosemberg (1996, p.267) quando afirma que “Si quisiéramos poner la comparación en los términos de una antinomia clásica – ya gastada –, o feminismo transtorna el espacio público con aquello que el psicoanálisis a mantiene en el espacio privado.”

Sintetizando os pontos-chave que discutimos sobre o adoecer feminino sob um olhar de gênero, destacamos o conflito que se estabelece entre as mulheres e os padrões de feminilidade, resultando, em algumas delas, nas ditas patologias de protesto. Articulando essa construção teórica com o Lúpus em mulheres, convém destacar que, tanto quanto aquelas, o Lúpus também acomete em mulheres, numa incidência de 90%; se diferencia, no entanto, em alguns aspectos, como por exemplo, o Lúpus lesiona órgãos.

Um outro ponto-chave que destacamos é a necessidade de, em ambos os tipos de patologias, uma abordagem que articule os saberes de gênero e psicanalítico; ressaltamos essa articulação, sobretudo, pela presença do componente psicosssexual e de mecanismos inconscientes no processo de construção subjetiva, dado este já reconhecido pelo feminismo como relevante na manutenção das condições desiguais entre os gêneros. O poder dos afetos e a trilogia narrativa que constrói os mitos sobre o feminino são componentes a serem considerados tanto na subjetividade, quanto na construção discursiva do adoecer feminino.

## Capítulo 2 Discussão Metodológica e Percurso Investigativo

Considerando nossa proposta de investigar o sentido do Lúpus em mulheres como um adoecer feminino, discutimos neste capítulo o dispositivo teórico-metodológico que fundamentou nossa caminhada investigativa, bem como o percurso de análise. Tendo a complexidade como base epistemológica, discutimos na primeira parte o dispositivo teórico-metodológico de análise, partindo da idéia do conhecimento como um processo de aproximação do real, e do procedimento metodológico como um modo de caminhar rumo ao objetivo proposto; já que este objetivo está direcionado para a construção de sentido, a abordagem qualitativa é a modalidade metodológica mais indicada para iluminar a caminhada. Discorremos como essa abordagem acontece na saúde, sobre o instrumental de análise (entrevista semi-estruturada) e o dispositivo da Análise do Discurso (AD), na sua vertente foucaultiana (AFD), conforme é trabalhada por Arribas-Ayllon e Walkerdine (2008); Parker (1992, 1999); Willig (2003,2008).

Num segundo momento, detalhamos o percurso investigativo sobre as condições de possibilidades do Lúpus em mulheres: contacto com as informantes, procedimento operacional das entrevistas por meio de um roteiro de questões em torno de assuntos relativos a três eixos temáticos (trajetória pessoal e familiar, surgimento da doença, imagem de si e da doença); procedimento de análise e tematização; identificação dos discursos patriarcal (religioso, familiar), psicossomático, *feminista espontâneo*.

### 2.1 Sobre o Dispositivo Teórico-Metodológico de Análise

Em nossa análise, partimos da premissa de que a construção do conhecimento é um desafio a ser trilhado rumo à apreensão do objeto de pesquisa e que o sujeito investigativo a ele terá acesso sempre por aproximação. Se o ato de conhecer, enquanto um processo de busca e descoberta, é marcado sempre por dúvida, incerteza e indeterminação, a construção do conhecimento, por sua vez, se caracteriza como um processo de tentativas, ensaios, acertos e erros. Isso aponta para a busca de recursos que contribuam para iluminar a caminhada investigativa. É nesse sentido que recorreremos à imagem do “feixe de luz” usada por Limoeiro (1978, p.27) quando, reconhecendo esse caráter de buscas e tentativas próprio da construção do conhecimento, afirma que

O conhecimento se faz a custo de muitas tentativas da incidência de muitos feixes de luz, multiplicando os pontos de vista diferentes. A incidência de um

único feixe de luz não é suficiente para iluminar o objeto. O resultado dessa experiência só pode ser incompleto e imperfeito, dependendo da perspectiva em que a luz é irradiada e da sua intensidade. A incidência a partir de outros pontos de vista e de outras intensidades luminosas vai dando formas mais definidas ao objeto, vai construindo um objeto, que lhe é próprio. A utilização de outras fontes luminosas poderá formar um objeto inteiramente diverso, ou indicar dimensão inteiramente nova ao objeto.

Partindo da questão de pesquisa – De que modo traços da construção subjetiva feminina estão presentes nas práticas discursivas das mulheres portadoras de Lúpus e que implicações isso tem no processo do adoecer? –, fazemos uso de vários ‘feixes de luz’ no campo do conhecimento, para dar conta da construção do objeto teórico. Respeitando o caráter aproximativo propiciado por essas luzes teóricas, avançamos na busca de apreensão do objeto.

Neste capítulo, continuamos recorrendo às luzes, dessa feita, àquelas de natureza metodológica que, indicarão o modo de caminhar e o instrumental apropriado de análise; tais condições são definidas em consonância com a questão de pesquisa e o objeto a ser construído – o sentido do Lúpus para as mulheres portadoras dessa afecção. Este objeto, em si, já aponta para um caminho metodológico que contempla a questão do significado na pesquisa, como inerente aos atos, relações e estruturas sociais; esse caminho corresponde à abordagem metodológica qualitativa, em que a subjetividade é fundante. Nessa abordagem, a representatividade dos dados deverá estar relacionada com a possibilidade de apreender o sentido das práticas discursivas, contextualizando-as nas condições sociais que as engendraram.

Assim sendo, conforme Goldenberg (2001), tendo como base critérios sobre a amostra estabelecidos como relevantes, o parâmetro de avaliação do resultado alcançado é construído em relação ao teor de exemplaridade e não de expressividade numérica; o objetivo da pesquisa qualitativa está direcionado para a especificidade e não para a replicabilidade.

O procedimento metodológico pressupõe a montagem de um arcabouço teórico que contemple princípios (que guiam os passos do sujeito investigador de acordo com seu modo de conceber a construção do conhecimento) e ferramentas conceituais para operacionalização da pesquisa. Na abordagem qualitativa, um princípio fundamental é o do *complexus* e nele já está implícito um outro princípio: o da totalidade. Ao se

considerar a realidade como um todo coerente em correlação constante com as partes, os fatos são vistos concomitantemente como causados e causadores, ideia esta já presente em Pascal. Em *Pensamentos* (1670/1973) afirma ele ser tão impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, como conhecer o todo sem conhecer as partes. A relação todo-partes, por sua vez, é marcada pela heterogeneidade, diferenças e desigualdades, marcas estas que, na totalidade histórica, apontam para as relações de classe, gênero, raça/etnia; já nas construções discursivas, vão se revelar na heterogeneidade enunciada nos dizeres dos sujeitos discursivos.

No que se refere à abordagem qualitativa na saúde, os significados do adoecer são identificados a partir das totalidades sociohistóricas em que estão inseridos e, portanto, são gestados. Um aspecto a se considerar a partir desse princípio é que a saúde é uma questão humana que abrange todas as pessoas, porém, dependendo das condições sociais de vida e inserção grupal, vai ser qualificada de modo diferenciado. Isso significa que saúde e doença apontam para uma complexa rede de interação entre aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais, bem como de sentidos.

De acordo com esse olhar, a questão de saúde e doença importa tanto pelas repercussões no corpo como no imaginário, e este não só no sentido individual, como coletivo, já que as sociedades e grupos lêem suas doenças de modo particular. As doenças, funcionando como metáforas, podem ser construídas pelos sujeitos portadores com base em seus mundos imaginários e isso vem fazer a diferença na generalidade: condições gerais semelhantes resultam em respostas particulares diferenciadas. E é nesse sentido que a abordagem qualitativa, com sua ênfase na subjetividade, é relevante nas pesquisas sobre o adoecer, considerando o componente emocional nesse processo, sobretudo pelo sentido atribuído à doença.

Um outro aspecto a se considerar é a possibilidade de se perceber a dimensão significativa do adoecer, superando a dicotomia corpo e mente; para além dessa visão dicotômica, buscar uma leitura do fenômeno relativo à saúde fundamentada no *complexus* e, reconhecendo essa dinamicidade, buscar o complexo de relações que o constrói. Esse princípio, como constituinte do real, nos aponta para uma leitura dos fatos humanos (individuais ou grupais, na sua dimensão micro ou macro-social) como nada simples: sempre são marcados por uma multiplicidade de relações. Essa visão do real justifica a relevância de uma abordagem transdisciplinar, conforme discute Morin (1996).

Do ponto de vista operacional, a entrevista é uma das técnicas mais usadas no processo de coleta de informações sobre determinado tema científico, seja de ordem objetiva e/ou de ordem subjetiva, quando se refere mais diretamente ao sujeito entrevistado: atitudes, valores, opiniões. Dependendo do objetivo de pesquisa, a entrevista, enquanto técnica de comunicação verbal, pode assumir uma modalidade estruturada, semi-estruturada ou não estruturada; em relação às duas últimas, se baseiam num roteiro em torno de temas relacionados às questões que o sujeito investigador deseja abordar, tendo em vista seu objeto de pesquisa e pressupostos teóricos.

Como dispositivo teórico-metodológico de análise, a abordagem qualitativa conta com alguns instrumentos e, entre eles, a AD. Campo disciplinar relativamente jovem, nasceu da interseção entre as ciências sociais e a linguística, nos conturbados anos 60 do século XX, na França. Foi neste contexto, palco de ebulição histórica, que se desenrolaram debates teóricos e políticos, particularmente entre humanistas e marxistas, em torno de temas como: “significado” (no estruturalismo e na linguística), ideologia (em Althusser, como totalidade monolítica de poder, efeito da luta de classes, em oposição ao discurso científico), poder, lutas sociais. Este clima marcou na história do século XX o que ficou conhecido como “Revolução de 68”. E funcionou como pano de fundo para entrada em cena, no palco do conhecimento, de um novo campo disciplinar: a AD.

Enquanto uma proposta de leitura da realidade que suscita questões ao sentido do ato de ler – o que ler quer dizer? –, a AD busca, na verdade, a desnaturalização da leitura. Desde que busca o que liga o dizer à sua exterioridade, o ato de ler assume o estatuto de dispositivo teórico. Conforme já discutimos anteriormente, quando abordamos a concepção de corpo como arranhado pela história, a preocupação com o desnaturalizar também está presente na AD e no construcionismo social<sup>20</sup>. Em todos estes olhares, o foco de discussão é uma crítica ao essencialismo, direcionando a análise a partir de questões sociais e históricas, do tipo: que forças culturais modelam significados sobre o corpo e o adoecer?

De acordo com esses olhares calcados na concepção construcionista, entende-se que, se a materialidade biológica é comum, as significações atribuídas aos acontecimentos somáticos são variáveis. Essa variação tem a ver com: os sentidos

---

<sup>20</sup> O termo construcionismo social é usado em diferentes sentidos, variando da forma mais radical à moderada; no amplo leque de variação de sentidos, porém, é comum a todas as vertentes a crítica ao essencialismo e a ênfase na mediação de fatores históricos e culturais nas relações sociais. Em nossa análise, adotamos a posição de Carole Vance (1984).

subjetivos, de acordo com o modo como são definidos e significados esses acontecimentos; as condições socioculturais em geral, mas também com a particularidade de determinados grupos e categorias.

Nesse modo particular, destacamos a condição de gênero, em que homens e mulheres vivenciam modos particulares de inserção social, os quais criam possibilidades e limites próprios à construção subjetiva. Além dessas condições gerais e particulares, há de se considerar também a singularidade de cada sujeito psíquico e sua história de vida. Através do corpo experimentamos a dor e o prazer e estas experiências são diferenciadas, caso esses corpos sejam de homens ou mulheres. São diferenciadas também conforme o sentido atribuído, em consonância, conforme nos lembra a Psicanálise, com as necessidades e desejos: estes não são acidentais, nem meramente produtos sociais, mas estão profundamente enraizados nos sujeitos psíquicos e suas histórias de vida.

Os sentidos que atribuímos aos nossos corpos e ao adoecer, com todas as possibilidades e limites, constituem um componente vital da formação individual. No caso do adoecer feminino, há de se considerar como as mulheres portadoras de determinadas afecções ditas femininas significam seu adoecer; como, em seus dizeres, expressam um sentido da doença, que remete para uma marca no corpo construída pelo discurso patriarcal de gênero. Apesar desse discurso ser comum a todas as mulheres, nem todas, no entanto, vão atribuir o mesmo sentido (generificado) à sua posição na sociedade, nem muito menos ao adoecer.

Trabalhar com o dispositivo da AD significa considerar, no funcionamento discursivo, sujeito (posição) e sentido, visto que discurso é efeito de sentidos entre locutores (Orlandi, 2001) e os sentidos são construídos em decorrência da posição do sujeito. Em se tratando da relação de gênero, o sujeito feminino é construído a partir de uma matriz generificada, cujo discurso patriarcal pré-existente constrói sujeitos femininos. Já que o construcionismo não se detém na questão da causalidade determinista, a análise é direcionada para apreender como, apesar de um discurso comum, os sentidos podem ser construídos diversamente. Assim sendo, o sentido faz a diferença.

Retornando ao advento da AD, esta representa uma espécie de clímax de um movimento desencadeado desde o século XIX, dirigido à ciência moderna, movimento este que resultou na conhecida crise dos paradigmas na ciência, como já vimos anteriormente. Em vigor desde o século XVII, o saber científico, apoiado em premissas

cartesianas, corresponde a um conhecimento dotado, entre outros critérios, de objetividade racional, exatidão, controle, previsibilidade de fatos externos, abordagem linear e causalidade redutivo causal, observação empírica, neutralidade. Já no século XIX essa crise vai se manifestar em alguns campos de saberes, como no campo da saúde, com o surgimento da psicanálise e da psicossomática, algumas das reações ao saber médico mecanicista, que fragmentava a unidade *soma-psyché*.

É nesse caldo de cultura, forjado por críticas e crises no campo da produção do saber em geral, mas também na ebulição de transformações históricas que apontam para dúvidas nas certezas universais (meta-narrativas), que nos anos 60 emerge a AD: campo disciplinar situado no cruzamento das ciências humanas, que toma como objeto o discurso. Entre os grandes temas da linguística, a AD está situada no campo das linguísticas discursivas, ao lado da lingüística textual e semântica de textos (Paveau & Sarfati, 2006). Ao contrário do olhar empírico-positivista, que toma a realidade como um dado posto para análise, este dispositivo analítico vai redirecionar seu foco para a linguagem.

Para além da função de descrever a realidade, a linguagem é entendida como um conjunto de práticas de produção de significados que (se) estrutura no/o espaço sociohistórico; o reconhecimento da influência decisiva da linguagem na emergência da AD é aceita por unanimidade. Todavia, no que se refere à sua concepção, enquanto dispositivo teórico-metodológico, essa unanimidade não existe e as vertentes tendem a se diversificar, havendo uma variedade de significados diferentes, tanto para a AD, como para discurso.

À AD, disciplina relativamente recente no campo do conhecimento, pode-se atribuir definições as mais variadas, que vão desde as mais amplas (quando se considera correspondente ao “estudo do discurso”) às mais restritas, distinguindo-se aí as diversas disciplinas que tomam o discurso como objeto de análise. Apesar dessa diversidade conceitual, alguns pontos unificam-se nessa dispersão, visto que as diversas concepções teóricas

partem do princípio de que os enunciados não se apresentam como frases ou como seqüência de frases, mas como textos. Ora, o texto é um modo de organização específico, que deve ser estudado como tal em relação às condições nas quais é produzido. (Gravitz, 1990, p.354).



Estabelecer um momento histórico fundador para a AD não é tarefa fácil, posto que isso pressupõe que se considerem momentos de convergência (correntes teóricas), bem como de renovação da prática de estudos. O termo análise do discurso (*discourse analysis*) conta em seu ato fundador com um artigo do estruturalista americano Harris escrito em 1952, que cunhou a expressão e a concebia como a “extensão dos procedimentos distribucionais a unidades transfrásticas” (Charaudeau & Maingueneau, 2006, p.43), aproximadamente no sentido de linguística textual. Na polêmica estabelecida sobre a relação entre texto e discurso, Adam (1990, p.23) propõe uma formulação sobre essas duas noções, apelando para uma equação matemática: “DISCURSO = Texto + condições de produção; TEXTO = Discurso – condições de produção”.

Epistemologicamente, é sobretudo na fonte da filosofia que a AD vai beber seus referenciais teóricos básicos, mas também na sociologia, na literatura e na lingüística. Entre as figuras influentes no processo de construção desse campo de estudo desatacamos Austin, sua Teoria dos Atos de Fala (1971) e seus desdobramentos na pragmática, a ciência do uso lingüístico. O foco desses estudos é a relação entre a estrutura da linguagem e seu uso, enfatizando a função de agir da linguagem; ao falar, o ser humano realiza atos e, nesse sentido, certos fatos lingüísticos só são entendidos em função do ato de enunciar.

É o que acontece, por exemplo, com alguns elementos lingüísticos, como os *dêiticos* e a *paráfrase*: os dêiticos “tienen la función de codificar la relación entre la lengua y el contexto de uso” (Íñiguez, L. 2007, p.11); como “señalador”, consiste num elemento lingüístico que indica o lugar ou o tempo em que um enunciado é produzido.

A paráfrase, por sua vez, também funciona como um elemento responsável pela produtividade na língua e acontece quando o sujeito, ao proferir um discurso, recupera um dizer que já está estabelecido (o já-dito) e o reformula; assim agindo, abre espaço para o novo: retomando o mesmo, produz o diferente. Esse retorno ao já-dito na produção de um discurso possibilita a manutenção no dizer de algo que é da ordem da memória (memória discursiva), recuperando enunciados provenientes de discursos anteriores (pré-discursos). Esses elementos apontam para a importância da linguagem na construção da realidade social e experiência humana.

Na AD, associadas à diversidade teórica de perspectivas estão as linhas de pesquisa, que se pode agrupar em alguns grandes polos, a saber: os trabalhos que inscrevem o discurso no quadro da interação social; outros, no estudo das situações de

comunicação discursiva (género de discursos); ainda outros na organização textual e, enfim, aqueles que “articulam os funcionamentos discursivos com as condições de produção de conhecimento ou com os posicionamentos ideológicos” (Charaudeau & Maingueneau, 2006, p.45).

No quadro geral de metodologias de pesquisa, a AD está situada no campo da pesquisa qualitativa, cujo objetivo, explicita Richardson (1999, p.102), “não reside na produção de opiniões representativas e objetivamente mensuráveis de um grupo; está no aprofundamento da compreensão de um fenómeno social por meio de entrevistas em profundidade e análise qualitativas da consciência articulada dos atores envolvidos no fenómeno”.

Nessa linha de proposta investigativa, a AD busca apreender o sentido enquanto um efeito. Entre as diversas vertentes, tendo em vista a relevância da relação de poder em nossa análise, seguiremos a orientação da análise foucaultiana do discurso (AFD), conforme vem sendo trabalhada na Psicologia desde fins de 1970 do século XX. Entre seus representantes, destacamos, entre outros: Arribas-Ayllon e Walkerdine, 2008; Parker, 1992, 1997/2006, 1999; Willig, 1999, 2003, 2008.

Conforme situamos historicamente na emergência da AD, desde “maio de 68” foram postas as bases para modelos alternativos de mudança, seja no campo político, avançando para além da visão reducionista da luta de classes; seja no epistemológico, com os “novos filósofos” ressignificando concepções teóricas e práticas de intervenção social. Entre estes, Foucault ressignifica o conceito de poder, deslocando a história das ideias para o estudo dos dispositivos enunciativos; nesse novo modo de olhar, vale destacar a denominada *arqueologia do saber*, como um método que busca evidenciar as “coisas ditas”, bem como as regras de sua transformação, continuidade e descontinuidade.

É particularmente em sua obra *Arqueologia do saber* (1969/1972) que Foucault concentra as idéias fundamentais desse método de análise de discurso, atentando que as categorizações (temas, unidades) não devem ser tomadas previamente, mas à medida que surgem no interior do discurso, de acordo com a emergência ou desaparecimento das formações discursivas. Concebendo a arqueologia como uma linha de abordagem de performances verbais, esclarece o autor que essas descrições arqueológicas se articulam com outras disciplinas como, por exemplo, a Psicanálise, na busca de definir as diferentes posições de sujeito; e as ciências sociais, quando analisa os objetos investigativos a partir da inserção histórica em que estes emergem e se particularizam.

Estas condições são necessárias à construção dos discursos e práticas discursivas, que repercutiram na pesquisa em campos disciplinares vários, inclusive na Psicologia.

É nesse sentido que, em fins da década de 70 do século XX, a AFD foi introduzida na Psicologia anglo-americana, através de psicólogos influenciados pelas idéias estruturalistas e pós-estruturalistas; os estudos realizados buscavam a articulação entre linguagem e subjetividade, bem como as formas de subjetivação construídas com base em práticas materiais e organizativas. Entendendo-se poder como um mecanismo que produz práticas de significação e ação, práticas de poder (ou o poder como uma prática que se exerce) constitui um conceito-chave nessa perspectiva. Assim sendo, o interesse estava voltado para as suas formas de atuação no presente, mantendo e promovendo relações nas práticas políticas, mas também no poder da linguagem, como prática constituinte e regulativa.

Na AFD, discurso está intrinsecamente vinculado a poder, de acordo com a construção foucaultina que relaciona saber e poder; ao produzir discursos as pessoas estão em constante relação com o poder e, conseqüentemente, os discursos emitidos levarão a marca dessas relações, de resistência e/ou submissão.

Entre os princípios e conceitos que fundamentam a AFD, recorreremos à Willig (2003) e Parker (1999), quando tratam da abordagem qualitativa, a saber: contradição (variabilidade) diante da diferenciação intrínseca às significações e modos de ver o mundo, donde Parker questionar: “Que diferentes significados são encontrados ao se trabalhar um texto?”; construção, que se refere à utilização de recursos linguísticos pré-existentes (pré-discursos), a partir de uma seleção/ escolha de repertórios interpretativos que constroem os dizeres: “Como estes significados são construídos?; constituição: nossas ideias são construídas por padrões de discursos que fogem ao nosso controle e por isso se busca identificar o que este sistema contraditório de significados faz; prática ou função, que corresponde ao discurso entendido como ação. Esta não é vista como consequência de processos ou entidades mentais, pois o interesse da AD, afirma Pinheiro (2000, p.185) é

compreender como as noções mentalizadas são construídas e usadas (...). No relato, está em foco, portanto, o que a pessoa traz, os argumentos utilizados e a explicação dada para torná-los plausíveis, ou seja, o que ocorre numa dada situação, dentro de uma seqüência de atividades.

As práticas discursivas têm significados que são organizados no interior de sistemas e instituições, atravessados pela posição de sujeito na relação de poder; permitem compreender como as construções discursivas e posições de sujeitos oferecem (ou não) possibilidades para a ação (o que pode ser feito, mediante o que pode ser dito). Os discursos, como padrões de significados que organizam sistemas simbólicos e que nos são necessários para atribuir sentido, constroem sujeitos e objetos. Posição de sujeito consiste na posição discursiva em que uma pessoa está situada e diz respeito a uma relação de direitos e deveres; a subjetividade, portanto, é dimensionada mediante o que pode ser dito e feito diante da variedade de discursos, ou seja: o que pode ser sentido, pensado e experimentado pelas pessoas a partir das diversas posições de sujeito em que elas se encontram.

Com Foucault, que associa saber e poder, as práticas discursivas produzem efeitos de sentido na configuração do mundo social com repercussões políticas, tanto no processo de transformação, quanto de controle social. É nesses termos que a AD se constitui como uma disciplina cujo objeto é o discurso, entendido como um “conjunto de enunciados, na medida em que provêm da mesma formação discursiva.” (Foucault, 1969/ 1972, p.146).

Trabalhando em uma perspectiva histórica, Foucault explora os modos como os discursos vêm mudando através dos tempos e a relação deles com as instituições, bem como eles falam do passado nas falas atuais. É nesse sentido que *memória discursiva* constitui um outro conceito fundamental na AFD, subjacente ao de *discurso* e *formação discursiva*; como tal, remete dizeres presentes à existência histórica do enunciado no interior das práticas discursivas reguladas por mecanismos ideológicos. São formulações passadas anteriormente enunciadas, produzindo um efeito de memória na atualidade (acontecimentos, dizeres), trazendo para o presente contradições do passado.

É disso que fala Foucault na *Arqueologia do saber* (1969/1972), quando afirma que toda formulação possui em seu “domínio associado”, outras formulações que repetem, refutam, transformam, negam, produzindo efeitos de memórias específicos, como acontece em relação aos textos religiosos, literários, jurídicos, científicos. São “discursos que estão na origem de certos discursos que indefinidamente, mais além de sua formulação, se dizem, permanecem ditos e ainda se vão a dizer.” (Foucault, 1969/1972, p.24).

Em seu processo de elaboração teórica, Foucault não separa ideias e ação e assim é estabelecido e sedimentado o conceito de *discurso como práticas* que formam

objetos, conceitos e estratégias (práticas discursivas). Em outras palavras, discurso corresponde a um corpo de enunciados, dotado de organização sistemática e regular, a um sistema de regras e procedimentos que formam objetos e implicam relações de forças (poder); isso, porém, não significa que haja determinação, pois há sempre espaço para possibilidades de resistência e indeterminação (condições de possibilidades).

A AFD tem como premissa básica a idéia de que o discurso, por um lado, tem papel fundamental na subjetividade humana, que é estruturada através da linguagem; e, por outro, deve seu funcionamento ao contexto histórico em que está inserido, se relacionando com as instituições e interferindo na mudança de subjetividades. Isso significa que a AFD, como bem lembra Willig (2008), busca levantar e analisar questões sobre o relacionamento entre o que os sujeitos falam e sentem (subjetividade), o que fazem (práticas) e as condições materiais de tais experiências.

## *2.2 O Lúpus em Mulheres e as Condições de Possibilidades da Doença:*

### *Detalhando o Percurso Investigativo*

No âmbito do percurso investigativo sobre “O Lúpus em mulheres e a construção discursiva da doença”, buscamos analisar, seguindo os passos da AFD, como o discurso constitutivo da construção subjetiva feminina se faz presente nos dizeres de mulheres portadoras da mencionada afecção; considerando este objetivo, a questão do sentido constitui o núcleo de análise.

Na relação estabelecida entre o adoecer em mulheres e a construção subjetiva à luz de um olhar de gênero, buscamos dimensionar como os sujeitos discursivos significam a doença, tendo como pano de fundo o modo como constroem suas histórias de vida, o surgimento da doença, a imagem de si e do adoecer. A direção da pesquisa está voltada para a construção do sentido do adoecer na sua relação com a construção subjetiva feminina. Como um acontecimento patológico, o Lúpus atinge uma incidência significativa de mulheres inseridas em determinadas condições, em que fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, numa relação *complexa*, contribuem para o desencadeamento da doença.

Nesse quadro, há de se considerar tanto as condições gerais (comuns às mulheres que adoecem e não adoecem), quanto as particulares, o que faz com que, mesmo inseridas em condições comuns, só algumas adoecem. É na particularidade que

se dá a construção subjetiva e de sentido: o modo como as mulheres sentem e pensam o mundo e nele se situam, de acordo com a trajetória de vida e o sentido a ela atribuído (sobre o viver e o adoecer), como uma construção discursiva.

Tendo em vista configurar o modo como as mulheres portadoras de Lúpus constroem seu adoecer, fizemos uso da entrevista, técnica de comunicação verbal na modalidade semi-estruturada; por meio desse processo estabelecido entre dois sujeitos – investigadora e investigadas – buscamos dimensionar a construção do sentido do adoecer em relação com a subjetividade feminina. O procedimento operacional das entrevistas contou com um roteiro de questões em torno de assuntos concernentes a três eixos temáticos: trajetória pessoal e familiar, surgimento da doença, percepção de si e da doença. Assim sendo, o material para análise resultou dessas entrevistas semi-estruturadas individuais, com tópicos, realizadas com mulheres portadoras de Lúpus, clientes do Ambulatório Multidisciplinar de Lúpus (AML) do Hospital do Açúcar, em Maceió (AL) – Brasil. A seguir, discorreremos sobre o procedimento operacional da pesquisa.

Após um contacto inicial estabelecido com o médico reumatologista, coordenador do referido Ambulatório, a pesquisadora teve acesso à clientela na sala de espera, durante cinco quintas-feiras, quando foram estabelecidos contactos com as mulheres. Nessa ocasião, era explicitado o objetivo da pesquisa e o convite para participarem da pesquisa, por meio de entrevistas.

Aceito o convite, eram os nomes das candidatas listados e agendados, totalizando 25 (vinte e cinco); deste total, foram realizadas 17 (dezessete) entrevistas na sede do Núcleo Temático Mulher & Cidadania da Universidade Federal de Alagoas (NTMC/UFAL). As que não compareceram, justificaram a ausência por razões diversas, entre outras: dificuldade de deslocamento (as que moravam no interior de Alagoas ou em bairros distantes); acometimento de doença em si e/ou em familiares. Durante dois meses, num ambiente de conversação livre, aconteceram as entrevistas, sendo gravadas e posteriormente transcritas para análise. De acordo com as questões relativas aos dados identificatórios, a amostra apresentou a seguinte caracterização:

**Tabela 3:** Caracterização social das enunciantes

Nº	Idade		Estado civil	Escolaridade <sup>21</sup>	Ocupação	Religião <sup>22</sup>
	Atual	Surg. Do Lúpus				
01	47	37	Divorciada	2º grau	Comerciante	Católica (ñp)
02	46	39	Casada	Super.	Profª. Primária	Adventista
03	35	15	Solteira	Super.	Profª. Primária	Católica (p)
04	61	49	Separada	2º grau	Dona de Casa	Católica (p)
05	28	27	Casada	1º grau	Dona de Casa	Católica (ñp)
06	29	21	Amasiada	1º grau	Dona de Casa	Católica (ñp)
07	40	15	Casada	Super.	Ass. Social	Católica (p)
08	54	41	Solteira	Super.	Profª. primária	Católica (p)
09	31	14	Solteira	Super.	Estudante	Católica (p)
10	47	30	Divorciada	2º grau	Aposentada	Test. Jeová
11	39	29	Casada	Super.	Profª. primária	Católica (p)
12	54	50	Separada	Super.	Func. Pública	Evangélica
13	14	11	Solteira	1º grau	Estudante	Católica (ñp)
14	25	14	Solteira	Super.	Estudante	Espírita
15	19	14	Solteira	2º grau	Estudante	Católica (ñp)
16	32	30	Solteira	1º grau	Balconista	Católica (ñp)
17	11	03	Solteira	1º grau	Estudante	Católica (ñp)

Numa avaliação dos dados acima, os relativos à faixa etária registram com predominância o período do surgimento do Lúpus na idade fértil; observa-se porém, destoando da regra padrão da doença, a presença de uma informante com idade de onze anos e outra com três anos. Os estudos, todavia, apesar de apontarem a idade fértil como o período comum de surgimento do Lúpus, também reconhecem a possibilidade de surgimento na infância.

Quanto ao estado civil, a maioria vivencia ou já vivenciou uma relação conjugal, bem como a experiência da maternidade; sobre esta, merece destaque o fato de que na época da procriação ainda não eram portadoras de Lúpus. As que ainda não passaram pela experiência da maternidade, alimentam intensamente o desejo de ser mãe, muito embora verbalizem o medo que isso representa. No que se refere à escolaridade, quase a metade delas tem curso superior e, atualmente, só as duas adolescentes estão estudando, muito embora o curso dos estudos seja interrompido cada vez que a doença entra em atividade.

Sobre os dados relativos à ocupação, excetuando as três que são donas de casa e as adolescentes que ainda são estudantes, as demais mantêm algum vínculo no mercado

<sup>21</sup> No sistema educacional brasileiro, o 1º grau corresponde ao ensino de alunos com idade entre 8 e 15 anos de idade; o 2º grau, dos 16 aos 18 anos de idade; e o superior é a graduação.

<sup>22</sup> Católica(p) – Católica praticante; Católica (ñp) – Católica não praticante.

de trabalho; mesmo depois de aposentadas em função da doença, buscam alternativas de trabalho. Enfim, em relação à religiosidade, prevalece a religião católica, variando entre as praticantes e as não praticantes. Nas práticas discursivas, a religiosidade aparece como uma referência marcante na construção discursiva do adoecer, quando a doença é associada ao sobrenatural: pecado, culpa, castigo, entre outras referências.

De acordo com o referencial metodológico da AFD, as 17 (dezessete) entrevistas realizadas foram transcritas, tendo em vista identificar o modo de funcionamento discursivo, bem como a construção social do sentido. A estratégia de análise dos discursos partiu do critério de que estes são sequências discursivas, que produzem sentidos (Traverso-Yépez, 1999), a partir da (inter) ação social. Nessa perspectiva, o olhar analítico esteve atento e direcionado para os tipos de argumentação e justificativas que fundamentaram os dizeres; estes dizeres refletem as condições em que foram produzidos e os significados gerados pelos sujeitos sociais.

Como efeitos de sentidos, os dizeres falam das formações discursivas e os sujeitos sociais funcionam como porta-vozes delas e de suas condições históricas. O sentido está, pois, vinculado ao contexto em que está inserido, porém isso não significa que as práticas discursivas sejam homogêneas, porque, como alerta Pinheiro (2000,195), “há a possibilidade de aparecerem múltiplas narrativas dentro dessa aparente unidade, recorrendo a pessoa – muitas vezes de forma contraditória – a discursos médicos e psicológicos, a saberes populares e a conhecimentos divulgados através dos meios de comunicação.”

Assim sendo, o procedimento de análise das práticas discursivas das mulheres portadoras de Lúpus esteve atento aos dizeres e para quem se dirigiam; deve-se ressaltar que, não necessariamente, o uso de palavras é indicativo da construção discursiva, visto que o significado e o modo de construí-lo é dotado de uma relevância maior.

Foram os seguintes os passos para a análise: organização do material a ser analisado, iniciando pela transcrição das entrevistas gravadas, considerando as figuras de linguagem, pausas e repetições e dados de observação, de acordo com o objeto de pesquisa; leitura repetitiva das transcrições, buscando identificar temas recorrentes, relacionando-os com o referencial teórico de análise, afinando-os em categorias, tendo em vista os possíveis efeitos discursivos neles implicados. Isso significa estar atento aos dizeres (palavras, expressões, frases, metáforas, etc.) que, mesmo apresentando a mesma forma linguística, pode significar, de acordo com a semântica discursiva, sentidos diversos.



As várias leituras do material teve como objetivo conhecer mais profundamente a subjetividade das informantes e definir categorias-chaves e núcleos temáticos de significação a serem usados na codificação dos dizeres, orientados pelas questões contidas nos eixos temáticos. É graças às repetidas leituras que se torna possível identificar o funcionamento das construções discursivas, a posição de sujeito e a orientação da ação, ou seja, como estavam discursivamente posicionadas, para quem dirigiam seus dizeres e que tipos de ação os discursos produziram.

Com base nos dizeres das informantes, que sinalizavam para “pistas” discursivas, buscamos o modo como construía o objeto investigativo, a partir do sentido atribuído à trajetória de vida e ao acontecimento patológico. Identificados os discursos, buscamos em seguida inferir os efeitos discursivos que consistem, fundamentalmente, no processo de interpretação das questões levantadas, em torno dos três grandes temas; este é o momento de estabelecer articulações entre os significados emitidos nas ações discursivas pelas informantes e o referencial teórico da pesquisa, respondendo às indagações, de acordo com o objetivo proposto.

Considerando que, para a AFD, o objetivo maior é a apreensão dos efeitos discursivos, transcritas as entrevistas e com o material à disposição para análise, efetivamos recortes e os elegemos como “dados” a serem analisados, de acordo com as questões que guiaram nosso processo investigativo. A análise dos “dados” esteve direcionada para os efeitos de sentidos do adoecer em consonância com a posição do sujeito no discurso; é essa que determina e marca o indivíduo na sua subjetividade. É buscando configurar a posição do sujeito na estrutura discursiva que o sentido é delineado, ao expressar a articulação de posições. Foi trilhando esse caminho que o material recolhido pela via das entrevistas foi transformado em “dados” para análise, construindo-se assim o dispositivo de interpretação, isto é, colocando o dito em relação ao não-dito.

Nesse percurso metodológico de constituição dos “dados”, a análise é direcionada não para uma demonstração, mas para a busca do funcionamento discursivo produzindo (efeitos de) sentidos. A análise discursiva, então, tem como foco identificar a posição de quem fala na estrutura e os efeitos produzidos a partir de formações discursivas, visto que a preocupação analítica não consiste em focar sujeitos/lugares empíricos, mas as imagens resultantes de projeções, ou seja, passar das situações empíricas às posições de sujeitos no discurso. Isto significa, como diz Guirado (1995, p.94), “Rastrear o lugar que se vê ocupando aquele que nos fala (e o lugar que

ocupamos), ainda que disto não fale, traça ao mesmo tempo o mapa desse discurso (. . .) Na estrutura discursiva, portanto, o desenho dos afetos.”

Trabalhamos o material de pesquisa a partir dos três grandes temas e, nessa passagem para a construção dos “dados”, construímos um quadro temático em que discursos vários foram identificados; entre eles, um veio a funcionar como hegemônico e matricial: trata-se do discurso da feminilidade. Este se manteve constante, associado e transversal em relação aos demais discursos concernentes aos temas e que, no todo, vieram a constituir o corpo discursivo para análise.

De acordo com a concepção de AFD, a pesquisa em Psicologia (Willig, 2003, 2008; Ayllon-Arribas e Walderkine, 2008; Parker, 1992), segue alguns procedimentos básicos, que funcionaram como guias metodológicos para conduzir a análise discursiva; a seguir, comentamos esses procedimentos e como eles nortearam nosso percurso de pesquisa. Um primeiro passo da análise, a construção do objeto discursivo, consiste em identificar os meios pelos quais esse objeto é construído no texto que, por um lado é guiado pelos sentidos; e, por outro, depende da questão de pesquisa previamente formulada.

Considerando nosso objetivo de pesquisa direcionado para a investigação sobre a incidência de Lúpus em mulheres e suas implicações com a construção da subjetividade feminina, o objeto discursivo é o sentido do adoecer em mulheres, guiado pela questão de pesquisa: como traços da subjetividade feminina estão presentes nas práticas discursivas das mulheres portadoras de Lúpus e que relação isso tem no processo de adoecer?

Diante do texto, em que as mulheres falam sobre a experiência do adoecer de Lúpus, a construção do objeto discursivo remete para questões do tipo: Como descrevem a experiência do adoecer, no que se refere ao que pensam, sentem e como a vivenciam? De que modo se dá o funcionamento discursivo, considerando a produção dos efeitos de sentidos sobre essa experiência?

Mais do que a nomeação do adoecer propriamente dito, importa identificar as referências significativas sobre o sentido atribuído à doença, visto que, como afirma Pinheiro (2000, p. 194),

o sentido é produzido interativamente e a interação presente não inclui apenas alguém que fala e um outro que ouve, mas todos ‘os outros’ que ainda falam,

que ainda ouvem ou que, imaginariamente, poderão falar ou ouvir. É sob esse ângulo que o diálogo amplia-se, incluindo interlocutores presentes e ausentes.

É nessa linha de raciocínio que, tanto referências do presente como do passado, pela via da memória discursiva, apontam para a interação estabelecida com os “outros” e, dialogicamente, constroem os sentidos do adoecer, o objeto discursivo forjado pela linguagem. Por intermédio desta temos acesso ao texto e o objeto é construído pelas referências feitas a ele. Associar o adoecer com estresse, perdas, castigo, culpa, monstro, deformidade, escondido, dor, raiva, medo, são algumas das referências que funcionam como pistas discursivas; como efeitos (de sentidos) dos discursos que constroem o adoecer.

Partindo das referências que sinalizam para os discursos constituintes das práticas discursivas, se avança para um próximo passo investigativo correspondente à seleção do *corpus* de enunciados, constituintes do discurso; nessa etapa, necessário se faz focar as diferenças entre as construções discursivas (no sentido de identificar pontos comuns e divergentes em torno de um mesmo objeto, inclusive na variabilidade temporal) e as condições de possibilidades dessa construção (o que pode ser dito e feito pelos sujeitos discursivos).

Diante do universo de discursos possíveis de serem trabalhados, selecionamos um *corpus* de enunciados condizentes com nossa questão de pesquisa, cujo texto foi elaborado a partir de entrevistas semi-estruturadas. Partindo das referências explicitadas no texto, foram identificados os seguintes discursos: os da feminilidade, psicossomático (incluindo os médico e psicanalítico), patriarcal (religioso e familiar), *feminista espontâneo*.

Na AFD é fundamental se estar atento às condições de possibilidades discursivas, considerando as limitações e possibilidades dos sujeitos, visto que os discursos limitam ou possibilitam o que pode ser dito e feito, relacionando discursos e práticas discursivas. Nestas, importa saber como as noções verbalizadas no relato são construídas e usadas, o que é trazido como argumento, os recursos linguísticos utilizados (termos, metáforas, identificações), entre outras produções gramaticais e estilísticas. É no sentido de contextualizar estas ações que se examinam no texto as diferentes condições de produção que contribuíram para a construção do objeto, de acordo com as condições de possibilidade dos dizeres e isso porque, como assinalam Rizzini, Castro e Sartor (1999, p. 100),

As condições de produção caracterizam o discurso. Quando alguém fala ou escreve, o faz para um outro ou outros com um objetivo determinado (....) Um discurso é preparado pelo seu autor como uma intenção, mesmo que esta não seja totalmente clara para ele.

Sobre esse dado também trata Willig (2008), quando se refere à “Action orientation”: o foco da fala para onde/quem está orientado, no sentido de atribuir responsabilidades a. Em relação às mulheres portadoras de Lúpus, para quem elas estavam se dirigindo nos seus dizeres, a quem estavam responsabilizando pelo seu adoecer?

No decorrer da análise, estarão presentes alguns destinatários para quem se dirigem estes dizeres, particularmente sujeitos masculinos representantes do poder patriarcal no âmbito institucional da família, da Igreja, do saber médico. Estes direcionamentos são sinalizados pelas práticas discursivas, já que os discursos constroem objetos por vários e contraditórios meios; pela orientação da fala se detecta não só os destinatários discursivos, mas também as posições daqueles que falam: as posições dos sujeitos discursivos. De acordo com esse posicionamento, é possível inferir a localização dos sujeitos numa ordem de direitos e deveres, que falam de suas “verdades” sobre os objetos.

Assim sendo, sujeitos e objetos são construídos pelos discursos, numa rede de significados estabelecida pelas falas, as práticas discursivas. As posições de sujeito têm a ver com as localizações discursivas; significados falam e agem antes, como se os sujeitos, ao invés de falarem, fossem falados pelos discursos, visto que seus dizeres são efeitos de sentido. Esse processo repercute diretamente na subjetividade, porque os sujeitos são discursivamente construídos através de “tecnologias” de poder: saberes que constroem realidades psíquicas e sociais, adestrando mentes (visão de mundo e de como estar no mundo) e corpos (tornando-os “corpos dóceis”), pelos atos de subjetivação. As práticas discursivas (por meio de conceitos, metáforas, argumentos interpretativos) revelam as posições de sujeitos, e na AD, busca-se relacionar a construção discursiva usada e as repercussões que isto acarreta na experiência subjetiva.

No intuito de contextualizar os dizeres das mulheres portadoras de Lúpus nas suas limitações e possibilidades, a AD busca identificar em que condições esses dizeres são produzidos. A análise das práticas discursivas revelam duas posições de sujeito.

Uma primeira e hegemônica, a posição de sujeito dominado na rede de relações de poder patriarcal de gênero; sob a regência dos valores androcêntricos são estabelecidas posições de poder que vigoram nas instituições familiares, religiosas, artísticas, científica, entre outras. Uma segunda posição de sujeito se caracteriza como de resistência e rebeldia à dominação patriarcal, donde a doença poder ser identificada como uma forma de revelar um protesto a padrões de feminilidade tradicionalmente impostos.

Portanto, o que pode ser sentido, pensado e experimentado pelas portadoras de Lúpus passam por suas posições de sujeito na rede de significantes atribuídos a si e à doença; a construção discursiva da subjetividade mantém relações com os diferentes tipos de experiências subjetivas, numa rede de articulação mútua entre discursos e práticas. De acordo com essa articulação vão sendo estabelecidas as possibilidades de ação ou limites, do que pode ser sentido, pensado e vivido.

Diante disso, questionamos: quais as possibilidades de ação para as mulheres portadoras de Lúpus? Quais as repercussões das construções discursivas para a subjetividade dessas mulheres e para a experiência do adoecer?

O material de pesquisa proveniente dos três grandes temas e que resultou num texto a partir da transcrição das entrevistas é objeto de discussão e análise; nesta, buscamos dimensionar como as mulheres portadoras de Lúpus constroem esse adoecer e que implicações isso tem com a subjetividade feminina. Essa análise será desenvolvida a partir das referências enunciadas no texto e, a partir delas, são identificados os discursos constitutivos das práticas discursivas; estas apontam para os modos como o Lúpus é construído pelas portadoras desse adoecer, cujos significados são expressos pela linguagem.



**PARTE II – LÚPUS EM MULHERES, UM ADOECER FEMININO:  
SUBMISSÃO, CULPA E PERDAS**





### **Capítulo 3 A Construção Discursiva do Lúpus:**

#### **Condições de Possibilidades do Adoecer e Efeitos Discursivos**

Nesse capítulo, discutimos os dados de pesquisa com base nos três eixos temáticos, buscando analisar como as mulheres portadoras de Lúpus constroem o sentido do adoecer e também identificar suas implicações com a subjetividade feminina. De acordo com os dispositivos da AFD, essa análise é desenvolvida a partir das referências significativas enunciadas pela linguagem e materializadas no texto resultante da transcrição das entrevistas.

De acordo com as referências, serão identificados os discursos constitutivos das práticas discursivas, que apontam para os modos como o objeto discursivo Lúpus em mulheres é construído pelas portadoras dessa afecção, circunscrevendo-o com questões do tipo: Como percebem e descrevem o Lúpus? Como significam o seu surgimento, as condições desencadeadoras desse adoecer? São questões dessa natureza, direcionadas para identificar os meios em que o Lúpus é construído pela linguagem, que, diante do amplo campo discursivo, identificamos os possíveis discursos constitutivos do adoecer de Lúpus, em consonância com a questão de pesquisa.

Nesse encaminhamento teórico e seguindo os passos metodológicos da AFD, buscamos nos aproximar do fenômeno adoecer de Lúpus em mulheres, estabelecendo relações entre as práticas discursivas e os discursos construtivos do objeto de análise.

Se para a AFD, o ponto de partida é a premissa de que os discursos constroem a realidade material e social, esta, por sua vez, consiste numa das mediações necessárias dos discursos; uma vez que não temos acesso direto à realidade material e social, o discurso funciona como esse instrumento de mediação, sofrendo por sua vez, interferência dessa realidade. Assim sendo, entendendo que conhecimento e realidade estão intrinsecamente imbricados, buscamos uma leitura (entre tantas outras) sobre o sentido do adoecer de Lúpus construído pelas mulheres, a partir das condições sociais em que tais construções discursivas são produzidas.

É nessa direção que buscamos identificar o percurso pessoal e familiar das mulheres portadoras de Lúpus, no sentido de configurar as condições sociopsíquicas que contribuem para a sua construção subjetiva. Baseada nessa contextualização, identificando experiências marcantes em suas histórias de vida, entendemos, por um lado, como o surgimento do Lúpus adquire sentido, enquanto efeito discursivo de experiências constitutivas da subjetividade e práticas; e por outro, o modo como

percebem a si e a doença, também efeito discursivo, efeito do olhar do outro (os outros sociais).

Apoiando-se nesses pressupostos sobre as condições de produção discursiva, iniciamos a análise, tendo como base os eixos temáticos que serviram de suporte às entrevistas: trajetória pessoal e familiar, surgimento da doença, percepção de si e da doença.

Em cada um desses temas analisamos a construção do objeto discursivo, identificamos as referências no texto que apontam para os discursos que constroem os significados sobre o adoecer, estabelecendo relações entre práticas discursivas e discursos constitutivos. São estas práticas que sinalizam para: a orientação das ações dos sujeitos discursivos (para quem se dirigem, seus possíveis destinatários, os seus outros); seus posicionamentos como sujeitos e suas possibilidades de ação (do que podem pensar, dizer, sentir, fazer) em consonância com as condições materiais que tais experiências acontecem. É em função dessas condições de produção discursiva que iniciamos a análise direcionada para o modo como as portadoras de Lúpus constroem suas trajetórias pessoais e familiares.

### *3.1 Trajetória Pessoal e Familiar*

#### *Construção Discursiva Patriarcal e o Controle da Sexualidade:*

##### *A Submissão Feminina à Lei do Pai*

Se os discursos constroem a realidade mas, em função da dialeticidade do real, desta dependem sempre, ao buscarmos como as mulheres portadoras de Lúpus apreendem esse adoecer, questionamos: de que modo constroem elas suas trajetórias pessoais e familiares?

(E. 01)<sup>23</sup>

{...} meu pai era muito rígido, não deixava ir às festas.

{...} meu marido chegava violento em casa, bêbado, queria me agredir fisicamente e às minhas filhas...

---

<sup>23</sup> Usamos a indicação {E} – “Extrato” da entrevista – acompanhado do numeral correspondente à mulher portadora de Lúpus, constituinte do grupo de entrevistadas na pesquisa.

(E.02)

{...} Eu namorei pouco, porque meu pai não deixava eu ir pras festas, era uma criação fechada, as amizades eram mais com os grupos na Igreja (....) eu namorava escondido.

(E.04)

{...} Eu sempre fui muito presa. Quando vivia com meu pai, namorava escondido. Depois, quando me casei, meu marido era muito ciumento, eu nunca saía de casa, só com ele ou com a minha sogra, não via o olho da rua, era ele e a mãe, em cima de mim, tomando conta, parecia até que sempre estavam me vigiando.

(E.07)

{...} Meu marido bebia muito e eu sofri muito com o gênio difícil dele, ciumento, brigava por besteira (....) eu tentei fazer o Curso de Letras, mas ele vivia reclamando, dizia que eu chegava tarde em casa, aí eu deixei.

(E.17)

{...} Meu marido é muito ignorante, bruto mesmo (....) desde solteira eu já sabia que homem é assim mesmo, quando fala, mulher tem de baixar a cabeça.

Conforme os extratos acima, seja na infância, passando pela juventude e chegando à vida adulta, as práticas discursivas das enunciantes são marcadas por referências que dizem respeito à nossa questão de pesquisa e sinalizam para a construção do objeto discursivo, uma vez que falam de suas trajetórias pessoais e familiares, construtivas da subjetividade feminina. Nesta, são destacadas figuras masculinas e instituições posicionadas em condição de poder – pai rígido e grosseiro; marido violento, agressivo, bêbado, ciumento, ignorante, bruto, não deixava estudar; criação fechada; grupos na Igreja – em oposição ao sujeito feminino, posicionado na submissão e com práticas às escondidas – vivia presa, namorou pouco e escondido, não saía de casa, viviam me vigiando e tomando conta.

Nestas práticas prevalece um dizer que remete para um posicionamento dominado, marcado pela repressão (sexual) feminina que, de acordo com os Estudos de

gênero articulado com os dispositivos da AFD, corresponde a efeitos disciplinares; no campo discursivo, esse dizer é construído pela relação de poder e a prática disciplinar, conforme discute Foucault (1979) na *Microfísica do Poder*.

Nessa leitura, poder corresponde a mecanismos/dispositivos estratégicos, por meio dos quais é estabelecida a organização do espaço, do tempo e de atividades, sob o controle vigilante de olhares dirigidos ao corpo, ao qual se impingem hábitos, atitudes e modos de comportamento; assim sendo, poder consiste numa relação que se exerce (e não necessariamente a algo que se impõe) e o corpo, efeito de poder (corpo político) sobre o qual práticas disciplinares são exercidas. Nas práticas discursivas em análise, o que se constata é não só o reconhecimento do exercício do poder e de modo negativo, mas também a justificativa desse exercício, como da ordem da normalidade social.

Relacionando esse poder disciplinar com a questão de gênero, observa-se como, através dos tempos, o discurso patriarcal vem estabelecendo formas de dominação das mulheres pelos homens, relação esta veiculada pela imposição de padrões de conduta ditas próprias das mulheres, as práticas de feminilidade: conjunto de atributos que estabelece a posição que as mulheres devem assumir na sociedade, visto como um destino natural. Entre os dispositivos disciplinares, de acordo com o que historicamente vem sendo exercido pela lei do pai, destaca-se o da determinação do espaço social e da distribuição do tempo e de atividades a serem cumpridos pelas mulheres.

É isso que se observa nas referências presentes nos extratos acima, que apontam para o discurso patriarcal veiculado pelas instituições familiares e religiosa, ambas aliadas na imposição de dispositivos que submetem/reprimem as mulheres, sobretudo pelo mecanismo ideológico nuclear básico: o controle da sexualidade. Através dos tempos, esse controle vem se reproduzindo, com o poder masculino se impondo ao feminino; é nesse sentido que a ordem patriarcal de gênero constitui um discurso disciplinar que, pela feminilidade, vai construindo as mulheres e posicionando-as de acordo com as expectativas androcentricamente veiculadas. Entendendo-se gênero no seu sentido mais amplo e patriarcado, no historicamente mais restrito, se entende como este poder é exercido pelo controle do feminino, sobretudo pelos seus corpos, pela repressão da sexualidade. É disso que fala Pateman (1988), em *The Sexual Contract*, pacto estabelecido entre os homens para garantir o controle das mulheres e, como tal, representa uma forma de expressão do poder político, em que o *patria potesta* delega ao homem o direito sexual e conjugal, antes mesmo do direito de paternidade; é com esse controle, que as mulheres são posicionadas como objeto de satisfação sexual, de

reprodução de herdeiros e de força de trabalho. Isso significa que na estrutura patriarcal do capitalismo e da sociedade civil a figura do marido faz com que o caráter desigual do pacto provoque a troca de obediência por proteção no casamento.

{E.02}

{...} Eu dependia dele pra tudo, pra respirar, me dava segurança.

{E.11}

{...} Eu tenho um grande defeito: ficar só. Tenho medo. Melhor mal acompanhada do que só (....) ele é meu porto seguro.

É de segurança e proteção que falam as mulheres nos extratos acima, e, em seus dizeres remetem para os pilares básicos do feminino sob a ótica do discurso patriarcal, que constrói, para moldar as mulheres, práticas de feminilidade de controle. Assim sendo, ao se reconhecerem necessitadas da proteção/segurança masculina, se tornam porta-vozes do discurso patriarcal. É disso que fala a informante que, diante do reconhecimento de sua dependência conjugal, enfatiza seu lugar de dependente fazendo uso de uma paráfrase: diante do adágio popular que diz “Antes só do que mal acompanhada”, ela afirma “Antes mal acompanhada do que só”.

O discurso patriarcal, no que se refere à trajetória pessoal e familiar das mulheres portadoras de Lúpus, constrói suas práticas discursivas, disciplinando-lhes os modos de ver o mundo e de estar no mundo, pelo menos a partir de dois pontos que merecem destaque: um primeiro aponta para o modo como a posição masculina de dominação (pais e maridos) é dirigida às mulheres – esposas (meu marido chegava violento em casa...queria me agredir fisicamente e às minhas filhas) e filhas (meu pai era muito rígido, sempre fui muito presa) – que, por sua vez, se submetem à ordem dominante (eu era muito submissa, subserviente mesmo) ou a burlam, às escondidas (eu namorava escondido; eu sempre fui muito presa).

A posição de sujeito feminino, seja em relação ao pai, seja ao marido, elos de transmissão/reprodução da rede ideológica da lei do pai, é disciplinarmente controlada na ocupação/distribuição do espaço (não deixava eu ir pras festas), do tempo (dizia que eu chegava tarde em casa, criação fechada (....) era mais com os grupos de Igreja, nunca saía de casa...não via o olho da rua) e de atividades (tentei fazer o Curso de Letras, mas ele vivia reclamando, aí eu deixei). Nesse processo de exercício de poder, o núcleo central de controle parece ser dirigido à sexualidade, seja com as filhas (que namoram escondido), seja com as esposas, submetidas ao olhar vigilante dos maridos e de outras

mulheres, que reforçam a rede ideológica de reprodução patriarcal (Meu marido era muito ciumento, nunca saía de casa, só com ele ou com minha sogra em cima de mim tomando conta, e vigiando), que faz lembrar a imagem do panóptico, trabalhado por Foucault em *Vigiar e Punir* (1975/1987b).

Em relação ao poder patriarcal exercido sobre as mulheres, essa imagem parece se adequar ao controle exercido sobre elas (e por elas mesmas, através da introjeção normativa), como se vivessem no interior de um espaço panóptico – a sociedade regida pela ordem patriarcal de gênero – onde suas condutas são incessantemente vigiadas, quer elas percebam ou não. No âmago dessa vigilância se faz presente o controle da sexualidade feminina, “núcleo duro” do corpo ideológico patriarcal.

Em sua obra sobre *Menina e moça – construção social da feminilidade*, Teresa Joaquim (1997) afirma como o adestramento do corpo feminino vai sendo moldado pela introjeção de normas disciplinares próprias à educação das mulheres – passividade e contenção nos gestos, no corpo, na palavra; recato, pureza, recolhimento –, tendo em vista a obtenção de seres regulares e isso sob a austera vigilância do modo masculino de olhar o feminino, sobretudo em relação ao corpo. Os cuidados excessivos, diante da imagem construída da vulnerabilidade feminina, apontam para uma pedagogia de contenção e cuidados; em função disso, as “meninas da casa” acabam por serem tão protegidamente tratadas como se fossem as “meninas dos olhos”, uma pedagogia de *clausura*, como diz Joaquim (1997, p.251): “Se qualquer pedagogia é uma *clausura* em relação à realidade, a visão do corpo da mulher como claustro, como clausura, implica um excesso de defesas, como se esse corpo aberto devesse ser defendido de argueiro, pó, névoa, homem, etc.”

Além do exercício do poder pela via da palavra que adentra e molda, este também é exercido pela da força física (meu marido... queria me agredir fisicamente e às minhas filhas); este ato como violência doméstica contra as mulheres aponta para o sentimento de propriedade alimentado pelos homens como senhores da vida e da morte em relação a elas. Tal violência se fundamenta na ordem patriarcal de gênero, cujo caldo ideológico leva não só os homens, mas também as mulheres, a justificarem a ordem social generizada vigente, quando afirmam que “homem é assim mesmo, quando fala, mulher tem de baixar a cabeça.”

Um segundo ponto, intrinsecamente relacionado com o primeiro, diz respeito ao efeito ideológico desse poder patriarcal de gênero. A relação de dominação, seja na instância de classes, raça/etnia ou de gênero, depende de mecanismos ideológicos que,

tanto na constituição de sujeitos, quanto na de sentidos, funcionam como um processo de assujeitamento. É para isso que apontam os dispositivos da AFD, ao destacarem como os discursos constroem posições de sujeitos, das quais dependem a orientação e possibilidade de ação, ou seja, de que posições estão falando, para que destinatário se dirigem seus dizeres, o que podem pensar, sentir e fazer em suas experiências existenciais, de acordo com as condições materiais em que se encontram inseridos.

No caso das mulheres portadoras de Lúpus, de que lugares estão falando? Como delinear suas posições de sujeito? Para quem se dirigem seus dizeres?

Quando trata da relação discurso e subjetividade, Vivien Burr (2003) faz referência a essa ideia, ao trazer o conceito de *subject position*, processo este através do qual nossas identidades são produzidas. Similarmente, Althusser (1974) usa o conceito de ideologia, graças a qual os indivíduos são interpelados como sujeitos. Nesse sentido, é possível pensar que a ideia de posição no discurso é semelhante à posição de sujeito e, como afirma Willig (1999, p.114) “individuals are constrained by available discourses because discursive positions pre-exist the individual whose sense of ‘self’ (subjectivity) and range of experience are circumscribed by available discourses”. Parker (1992, 1997/2006), por sua vez, também reconhece como posições de sujeito oportunizam possibilidades e limitações na ação e na fala.

De acordo com essas leituras, portanto, se as condições pré-existem ao indivíduo, as mulheres com os seus dizeres são faladas pelo patriarcado, ao tempo que também são suas porta-vozes; embora reconheçam a submissão em que estão posicionadas, ao mesmo tempo porém, a justificam com um já-dito historicamente posto: “(...) eu já sabia que homem é assim mesmo, quando fala, mulher tem de baixar a cabeça.”

Assim sendo, é em função dessa condição de assujeitamento, em que o indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia, que se pode falar em posição de sujeito/orientação da ação (de que lugar está falando e para quem se dirige a fala). Essa condição de assujeitamento, faz com que indivíduos quando falam, em regra, se imaginem na origem do processo discursivo (Eu falo, eu sei, eu conheço...); desconhecendo a pré-existência do discurso (constituinte da subjetividade), não se dá conta que é mais falado do que fala. Esse gesto de se colocar na “origem” (“Eu já sabia”) é um ato ilusório, baseado na imagem que o sujeito faz de si e do outro como se não fossem antecipados por construções discursivas.

Nos dizeres das enunciantes se observa como o masculino é colocado numa posição dominante, em detrimento da feminina, como da ordem da origem, do naturalmente estabelecido e imutável; isso acontece não somente quando se referem à situação individual (“Meu marido é muito ignorante, bruto mesmo”), mas também à posição de sujeito discursivo, historicamente construído pela ordem patriarcal de gênero (“Eu já sabia que homem é assim mesmo, quando fala, mulher tem de baixar a cabeça”). Nessa afirmação, está posto como funcionam os mecanismos ideológicos na constituição do sentido, gerando um efeito de evidência (do sentido), que toma o social como da ordem do natural e, portanto, do eterno, do imutável, do inquestionável: “(. . .) homem é assim mesmo”.

É em função desse assujeitamento, em que o indivíduo é interpelado como sujeito pela ideologia, que esta corresponde a um aparato de ideias e práticas dirigidas ao funcionamento da ordem social e poderá funcionar como um mecanismo de distorção da realidade. Isso acontece quando contribui para a simulação e apagamento do processo de apreensão das condições históricas da realidade e de sentidos, resultando em equívocos, como, por exemplo, levando as pessoas a atribuírem sentidos fixos, imutáveis, naturais à ordem social. Em outras palavras, naturalizando as relações sociais, seja gerando “efeitos de completude”, seja “efeitos de evidência”.

Nessa perspectiva, se atribui ao funcionamento ideológico o caráter contraditório presente no discurso, visto que a dissimulação funciona do seguinte modo: produzindo efeitos de ilusão no sujeito (se imagina na origem do saber, justificando a ordem social vigente, (“homem é assim mesmo”); efeitos de sentido (evidência na subjetividade, essência de sentido e negação do processo das condições históricas de produção) e atribuindo qualidades contraditórias ao mesmo objeto.

(E.14)

{...} meu casamento durou 21 anos e meu marido era excelente, me tratava como um cristal, era um bom pai, um bom marido (...) eu era muito submissa, subserviente, tipo Amélia mas me sentia bem assim e me anulei, nunca me valorizei (...) em casa, era tudo pra ele, se os meninos queriam uma comida ou a arrumação dos móveis, sempre prevalecia o gosto dele.

(E.05)

{...} era muita briga com meu pai, quando bebia ficava agressivo, batia (...) mas era uma pessoa boa, só quando bebia ficava violento.



## (E.11)

{...} Meu marido é como as pessoas dizem, cai podre de pé e não amadurece, um irresponsável, depende de mim pra tudo, é a cruz da minha vida (....) mas, não sei ficar só, ele é meu porto seguro.

Chamamos a atenção nos extratos acima, para o conector mas, uma conjunção que funciona como marca discursiva e que parece apontar exatamente para o caráter contraditório do discurso no ato da enunciação. A Pragmática, ciência do uso linguístico, principalmente a partir de Austin – *Cómo hacer cosas con palabras* (1971) –, vai afirmar que a linguagem não tem uma função meramente descritiva, mas uma função de agir: ao falar, as pessoas realizam atos. De acordo com essa ideia da linguagem em uso (enunciação como ato de produzir enunciados, realizações lingüísticas concretas), observamos como nos enunciados acima o mas está vinculando dois segmentos de valor contrário entre si, dando conta assim do caráter heterogêneo e contraditório do discurso; esse caráter, todavia, é previsto nas práticas discursivas, em que tanto a posição de sujeito quanto a construção discursiva são sempre atravessadas pela descontinuidade.

A concepção de discurso como um corpo de enunciados cuja organização é relativamente regular e sistemática, traz em seu bojo a ideia da heterogeneidade e isso porque um discurso nunca é homogêneo, trazendo sempre em seu funcionamento uma mistura de discursos outros e de indeterminação. É nesse sentido que as informantes, ao se referirem aos maridos, os constroem com qualidades contraditórias, percebendo-os, de um lado, com predicados positivos (excelente, bom, porto-seguro) e do outro, negativamente.

A contradição discursiva está a apontar para a percepção ilusória do sujeito masculino (nas figuras do pai e marido) tomados na sua realidade empírica, sem que as informantes se deem conta da construção histórica do poder patriarcal presente nessas figuras e que, por intermédio das posições de sujeito masculino, elas agem. Se as informantes não se dão conta dessa construção objetiva, consequentemente não poderão questionar a condição social das mulheres inseridas numa relação de género, tampouco contribuir para um processo de mudança existencial, processo esse que repercute na sua condição de adoecimento. Assim posicionadas, o que possivelmente acabam por fazer é reforçar o processo de manutenção/reprodução ideológica do poder patriarcal, com repercussões na relação saúde/doença.

O caráter contraditório discursivo é revelado pelo operador argumentativo mas, pelo qual a figura masculina é percebida como portadora de qualidades positivas (bom marido, bom pai, pessoa boa) mas também negativas (violento, agressivo, tudo pra ele, prevalecia o gosto dele); há também um traço contraditório na tentativa da informante de, apesar de reconhecer traços negativos na figura paterna, tenta justificá-los, fazendo uso do dêitico só (“só quando bebia”).

Contextualizando a construção patriarcal de gênero na formação social brasileira, vamos encontrar o par (figura masculina *versus* figura feminina) dialeticamente articulado; nessa articulação, aos homens é reservada a posição privilegiada de sujeito dominante (“sempre prevalecia o gosto dele”) e, às mulheres, a de “Amélia” que, no discurso, funciona como efeito de *memória* na atualidade: o protótipo idealizado e atualizado através da *memória discursiva* da “mulher de verdade”, registrada na MPB (Música Popular Brasileira) e que vem à tona no dizer da informante.

A imagem de Amélia é resgatada de um samba-canção composto em 1941 – *Ai que saudade da Amélia*<sup>24</sup> –, com música de Ataulfo Alves e letra de Mário Lago. Verdadeiro poema popular, nessa composição o protagonista compara a sua atual mulher com uma antiga (uma ex-mulher), da qual havia se separado e perdido mas que, esta sim, “era mulher de verdade.” A atual, todavia, que “Só pensa em luxo e riqueza”, é egoísta e exigente, ao contrário da antiga – a Amélia –, um exemplo de resignação e virtude: “Amélia não tinha a menor vaidade (...) achava bonito não ter o que comer”, sofria calada todas as desditas, sem reclamar, e isso pelo bem de seu homem.

Contrariamente, a atual era uma realidade incontestável e amarga, diferente da do passado, uma saudade idealizada na figura da mulher perfeita, segundo os padrões dos anos 40 do século XX, no Brasil. Para se ter uma ideia de como essa idealização estava presente na construção discursiva patriarcal de gênero brasileira, na época dessa composição o sucesso de público foi tamanho que seus autores resolveram inscrevê-la no concurso de carnaval/1942; na ocasião, o julgamento seria por meio de aplausos do público e, de tão aplaudida, ao lado de “Praça Onze”, ganhou em 1º lugar. O nome Amélia passou a ser verbete de Dicionário (Ferreira, 1975, p.84), sendo citado como sinônimo de “Mulher que aceita toda sorte de privações e/ou vexames sem reclamar, por amor a seu homem (...) amorosa, passiva e serviçal.”

---

<sup>24</sup> A letra de *Ai que saudade da Amélia* se encontra em Anexo.

Em se tratando de condições de produção (históricas e discursivas) na formação social brasileira, portanto, a imagem de Amélia, no imaginário coletivo, passou a ser associada à submissão feminina; essa figura imortalizada na memória histórica pelo cançãoeiro popular é atualizada pela enunciante.

A condição de assujeitamento à ideologia presente nas relações de dominação, no que se refere à de gênero, se revela pela ênfase verbalizada pelo operador argumentativo mesmo (Eu era submissa, subserviente mesmo) como uma condição rejeitável, embora aceita. Isso é sinalizado por um outro marcador discursivo – a adversativa mas – que aponta também para a heterogeneidade do dizer e que revela o caráter contraditório discursivo, assumido pela informante – mas, me sentia bem assim, em servir, eu me anulei, nunca me valorizei – , legitimando a condição feminina historicamente construída. Eis aí, mais uma vez, a ideologia funcionando como mecanismo de naturalização das relações sociais e, nesse sentido, contribuindo para a reprodução de relação de dominação por parte dos próprios sujeitos dominados.

Através da memória discursiva, a informante resgata Amélia, o já-dito no imaginário coletivo e se posiciona, lembrando Willig (1999), em “discursive positions pré-exist”, daquilo que fala antes, em outro lugar. São esses dizeres “pré-existent”, disponibilizados na memória discursiva, que afetam o modo como os sujeitos significam a si e ao mundo, posicionando-se em uma situação discursiva dada. É assim que Amélia fala pelo dizer da enunciante, colocalando-a nesse lugar de ideal de mulher brasileira, no cançãoeiro popular.

Pelo dizer artístico da MPB, cuja letra é uma produção discursiva masculina sobre “o que é ser mulher”, a informante se significa pela identificação com uma imagem do feminino construído nos moldes discursivos da feminilidade, um discurso masculino. Pela via de um processo identificatório, o já-dito introjetado vem à tona e lhe oferece uma imagem de mulher com a qual se identifica como “submissa, subserviente mesmo”. Esse dizer artístico produz um efeito na constituição subjetiva feminina, cuja imagem é aceita e reproduzida.

A referência à Amélia remete, pois, a uma memória discursiva da formação social brasileira, cujas condições materiais possibilitam a apreensão do sentido registrado na referência “(. . .) subserviente mesmo, tipo Amélia”. O dispositivo da AFD – interdependência entre práticas discursivas, discursos e realidade – possibilita identificar o sentido da trajetória pessoal/familiar da informante como um efeito discursivo do patriarcado materializado na formação social brasileira.

Pelas práticas discursivas constatamos como a construção das trajetórias das mulheres portadoras de Lúpus está sedimentada no discurso patriarcal familiar e religioso, estruturante de suas subjetividades; o patriarcado aparece como produtor de efeitos de sentido disciplinar sobre o padrão de feminilidade veiculado pela autoridade institucional familiar e religiosa.

(E.01)

{...} Eu sofri muito com meu marido, bebia muito, era violento, mas minha mãe não queria que eu me separasse, ela era católica e era contra a separação: ‘Mulher separada, nem pensar. Ninguém vai respeitar (....) Tenha paciência, ele vai mudar’. E as coisas afundando e eu também, com a violência dele.

(E.07)

{...} Minha avó materna morava comigo e eu conversava muito, meu marido cada dia mais violento, bebendo muito, me agredindo fisicamente e ela dizia: ‘Quando ele estava bem, você ficava com ele, agora que ele está precisando você vai se separar?’ (....) achava que se me separasse dele, estava sendo egoísta, ele estava precisando, não estava certo eu sair.

(E.12)

{...} meu marido vivia aprontando, um dia cheguei em casa e lá estava ele agarrando a empregada, saí de casa, fui pra casa de minha mãe e ela me disse: ‘Volte pra casa, pra criar suas filhas, pra junto de seu marido’ e eu voltei, calada, foi uma morte pra mim.

(E.03)

{...} minha mãe sempre foi muito passiva, suportava tudo de meu pai, meus irmãos também exploravam a minha mãe em casa e eu não aguentava aquilo.

(E.11)

{...} Meus filhos são muito apegados ao pai, e quando eu me separei ‘Volte pra painho, ele tá (sic) precisando de você’, eram eles e a família dele, a minha ex-sogra doente, e eu acabei voltando.

Nas formulações discursivas acima, as referências – Eu sofri muito com meu marido, bebia muito, era violento; me agredindo fisicamente; meu marido aprontando (....) agarrando a empregada; minha mãe sempre muito passiva, suportando tudo de meu

pai; meus irmãos também explorando a minha mãe; meus filhos (....) ‘volte pra painho’ – apontam para o posicionamento de sujeitos (masculino e feminino), definido pela ordem patriarcal de gênero que disciplina os lugares que homens e mulheres devem ocupar, cabendo aos primeiros as prerrogativas do agir dominante. Para isso, contam com a legitimação da autoridade moral religiosa e familiar através de mediações femininas (mãe, avó), porta-vozes desses valores patriarcais; a esses porta-vozes, enquanto mantenedores da ordem patriarcal vigente, cabe preservar a imagem da mulher, de acordo com as prescrições discursivas, que preveem seu lugar na família, sob a proteção do marido.

Mais uma vez, a heterogeneidade se evidencia pelo operador argumentativo mas, que marca a separação de duas situações adversas: “(. . .) era violento, mas minha mãe não queria eu me separasse”. A condição reservada às mulheres no espaço privado é mantida ideologicamente pela Igreja – “(. . .) ela era católica e era contra a separação: ‘Mulher separada, nem pensar. Ninguém vai respeitar.’”

Outro dado a ser considerado nas referências acima é a posição do sujeito masculino que exerce o poder sobre as mulheres, também respaldado na sua condição de classe; é como homem (macho da espécie humana) e patrão (na relação de trabalho doméstico) que a ele é outorgado o direito de práticas dominantes pela via da sexualidade também com outras mulheres (além da esposa), de classes sociais subalternas e no interior de seu lar. É nesse lugar de patrão que atualiza, na formação social brasileira do século XX, práticas masculinas do Brasil escravocrata, quando aos senhores de engenho era permitido o exercício da sexualidade com as escravas. O dizer da informante sobre o gesto do marido “agarrando a empregada”, além de discursivamente construir uma prática comum do sujeito masculino (controle da sexualidade feminina), revela também a imbricação de uma dupla relação dominante: a de gênero e de classe, própria da ordem patriarcal capitalista vigente na formação social brasileira, mantendo o feminino numa posição subalterna.

Reagir contra essa condição – “(. . .) saí de casa, fui pra casa de minha mãe” – porém, não encontra respaldo por parte das autoridades familiares, pois, a orientação da fala é dirigida para retornar à relação – “(. . .) e ela me disse: ‘Volte pra casa, pra criar suas filhas, pra junto de seu marido.’” O posicionamento do sujeito feminino, de acordo com essas referências, é da ordem da submissão e silenciosa aceitação – “(. . .) e eu voltei calada, foi uma morte pra mim.” –, conforme regem os preceitos das autoridades familiares e religiosas, mantenedoras da feminilidade, desde os tempos antigos à

contemporaneidade. No sentido comum, feminilidade é definida como “qualidade, caráter, modo de ser, pensar ou viver próprio da mulher” (Ferreira, 1975, p.620), cujas funções básicas são, por um lado, promover casamento da mulher com o lar e, por outro, a adequação entre a mulher e o homem, com base em uma posição feminina que sustente a virilidade do homem.

Para Vivien Burr (1998, p.146), corresponde a “The social and cultural expectations, in terms of behaviours and traits, attached to being a woman”, concepção similar à de Kehl (1998, p.58), também já discutida anteriormente, e que corresponde a um “conjunto de atributos próprios a todas as mulheres, em função da particularidade de corpos e de sua capacidade procriadora.”

As referências, portanto, apontam tanto para a construção discursiva patriarcal religiosa, quanto para a familiar, ambas cuidadosas mantenedoras da feminilidade; conteúdo e práticas são introjetados em corações/ mentes femininas pela via dos saberes disciplinares que regulam a relação diferenciada/ desigual entre homens e mulheres, moldando o “ser feminino”. Esse, pela construção discursiva patriarcal, é alicerçado em preceitos que reservam às mulheres o cumprimento do princípio basilar, dito naturalmente feminino, de servir e ser para os outros (educadas para a submissão, para o altruísmo, à imagem de Maria, mãe de Jesus). A figura de Maria constitui um dos modelos a ser seguido, donde se cuidar pela preservação das mulheres no espaço privado do lar, desempenhando suas funções precípuas como mulher: esposa e mãe.

É nesse sentido que, numa relação conjugal marcada pela violência e agressão física, os porta-vozes do discurso da feminilidade são contrários à separação e, numa referência à abnegação feminina, questionam: “Quando ele estava bem, você ficava com ele, agora que ele está precisando, você vai se separar?”. Se o fizesse, “estaria sendo egoísta”, atitude contrária ao altruísmo feminino, previsto na prescrição do ser para os outros que, fazendo uma paráfrase com o discurso religioso, teríamos o princípio evangélico da promessa conjugal: “Na saúde e na doença, na alegria e na tristeza (...).”. E é por isso que as vozes femininas são contrárias à separação (“ela era católica e era contra a separação”), enquanto as filiais rogam à mãe o retorno para o pai: “Volte pra o painho.” Além do apelo ao sacrifício altruísta, também se evidencia o apelo à virtude da paciência: “Tenha paciência, ele vai mudar.” No bojo desse discurso, a prevalência de uma representação do feminino como carente de proteção masculina e respeito social, o que justifica a permanência na relação conjugal: “Mulher separada, nem pensar. Ninguém vai respeitar.”

A referência, por parte de vozes femininas, à necessidade de figuras masculinas como proteção e símbolo de respeito remete à discussão sobre o patriarcado e à história do contrato sexual no capitalismo, conforme abordamos anteriormente, seguindo a argumentação de Pateman (1988); para esta, na origem da família, o patriarcado, como direito do pai, causou obscurantismo da relação entre marido e mulher, visto que, antes de serem pais e mães, os homens e as mulheres eram/são maridos e esposas. Nesse sentido, focalizar o contrato sexual, colocando em destaque a figura do marido, permite constatar o caráter desigual desse pacto, no qual se troca obediência por proteção; a parte que oferece esta proteção (a masculina, através do esposo, do pai), é autorizada a determinar como a outra (a feminina, na pessoa da esposa, da filha) cumprirá sua função no contrato.

Com isso, o que se observa é que o poder dos homens se assenta no direito sexual ou conjugal e este se estabelece antes do direito de paternidade. Trata-se da ordem patriarcal de gênero, resultante de um pacto entre os homens, mas exercido e reproduzido por uma ideologia androcentricamente disseminada nas práticas discursivas, cuja dinâmica funciona movida disciplinarmente através da competição, agressão, opressão, controle e medo.

Ao buscarmos o contexto que configurou a trajetória pessoal e familiar das portadoras de Lúpus, as práticas discursivas nos apontam para uma construção discursiva patriarcal, que molda os dizeres das mulheres nas instituições familiares e religiosas, como também na produção artística; são estas condições de produção que moldam as subjetividades femininas, submetidas à lei do pai, pelas práticas de feminilidade, cujo núcleo básico de regulação é o controle da sexualidade. É disso que falam as enunciantes, ao se referirem às suas trajetórias pessoais e familiares.

### 3.2 Surgimento da Doença

#### *Construção Discursiva da Culpabilidade Feminina e o Discurso Patriarcal Religioso: Repressão e Culpa nas Mulheres*

O sentimento de culpa, ‘mea culpa’, que surge como percepção do eu consciente (...) coloca em jogo o eu articulando imagem, representação e corpo.

Barbieri, 2001, p.30

No que se refere ao eixo temático surgimento da doença, buscamos apreender como as mulheres portadoras de Lúpus constroem as condições que desencadearam o processo do adoecer. Como falam sobre o surgimento do Lúpus? Que condições materiais e sociais contribuíram para o adoecer? Como constroem discursivamente esse acontecimento patológico em suas vidas e que repercussões resultaram?

(E.05)

{...} quando eu era adolescente, tinha vergonha de conversar com minha mãe, se tivesse relação com o namorado e engravidasse, se ela não aceitasse (...) antes, eu gostava de beber uma cervejinha, fumar, ia à praia, agora vivo trancada, engordei, engordei, estou barriguda, manchas na pele, bochecha grande, nem saio mais (...) acho que o Lúpus apareceu porque eu me divertia muito.

(E.16.)

{...} aos 14 anos, namorava escondido e fiquei grávida e fui pra São Paulo pra meu pai não saber (...) lá foi que apareceu essa doença, me dá um desespero, uma tristeza essas manchas pretas na pele, dores nos ossos, nas juntas, quando me acordo ‘Estou com Lúpus...’ É triste, por que comigo? Tenho mais duas irmãs e por que só eu com essa doença?

(E.11)

{...} Eu tenho um trauma, a primeira vez como aconteceu foi horrível, ele sempre insistindo e eu tinha vergonha de meu pai, da sociedade, de minha mãe, mas ele insistia muito até que um dia aconteceu e de forma brusca, chorei de raiva, de tristeza, de culpa.



{...} já estava com o noivado acabado, quando descobri que estava grávida, aí voltei pra ele, vida desmantelada, 15 anos de casada, já me separei e voltei ... não tive mais coragem, me tornei mais dependente por causa da doença.

(E.08)

{...} aí fui ser religiosa (....) quando resolvi sair, faltavam três dias para os votos perpétuos, a gente estava num Retiro, aí fui dizer que queria sair e a Provincial Diretora perguntou: ‘ Tem homem nesse meio?’

{...} foi uma decisão brusca, a Direção não deixou eu conversar, acho que o Lúpus tem tudo a ver com aquela decisão, a violência da minha saída.

(E.09)

{...} antes eu fazia ginástica rítmica, teatro, dança afro, era muito dinâmica, tinha um corpo bonito e hoje, flácida, cheia de celulite, feia, gorda.

(E.14)

{...} Sempre gostei de desfilar, era magra, bonita. Hoje, não dá mais, toda inchada, gorda, cheia de dor por todo o corpo.

(E.07)

{...} Na adolescência eu fazia ballet, foi quando o Lúpus apareceu e não pude mais continuar por causa das dores que sentia.

(E.01)

{...} Trabalhava vendendo mercadorias, andava no sol numa bicicleta, comecei a ter dores nas juntas das mãos e achava que era o guidon da bicicleta.

Sobre o surgimento da doença, as referências demarcam bem nitidamente uma divisão no tempo, entre o antes (“me divertia muito”, “fazia ballet”, “ginástica rítmica, dança afro”) e o depois do adoecer. Isso resultou em mudanças no corpo (manchas na pele, bochecha grande, “engordei muito”, barriguda, dores nos ossos, nas juntas) e na vida, com repercussões nas áreas de lazer, trabalho, relações amorosas, entre outras, conforme Tabela abaixo:

**Tabela 4:** Surgimento da doença e repercussões na vida

Nº	Antes da doença	Depois da doença	Situação atual
01	Comerciante na rua Funcionária pública	Deixou de trabalhar na rua (sol). Pedi o PDV	Aposentada Trabalha em casa
02	Professora	Diretora tirou de sala de aula (superproteção)	Aposentada Dona de casa
03	Professora	Licença médica	Professora
04	Dona de casa	Dona de casa	Dona de casa
05	Dona de casa	Dona de casa	Dona de casa
06	Emprega doméstica	Parou de trabalhar	Dona de casa
07	Funcionária pública Fazia ballet	Parou de trabalhar Parou o ballet	Dona de casa
08	Funcionária pública	Licença médica	Funcionária pública
09	Trabalhava em escritório Fazia dança	Parou de trabalhar Parou a dança	Parou de trabalhar
10	Atendente de enfermagem	Parou de trabalhar	Aposentada/Dona de casa
11	Funcionária escola partic.	Licença médica	Funcionária escola particular
12	Funcionária pública	Licença médica	Funcionária pública
13	Estudante Namorava, ia às festas	Parou de estudar “Não vai mais às festas, não namora mais”.	“Não sai mais de casa”.
14	Desfilava Estudava	Parou de desfilar Parou de estudar	Está retornando aos estudos
15	Estudava, namorava, ia às festas	Não sai mais de casa, parou de estudar	Não sai mais de casa, não está estudando
16	Comerciaria	Parou de trabalhar	Está parada
17	Estudava, Passeava	Parou de estudar “Não sai de casa”	Retornou aos estudos

Além das referências ao surgimento do Lúpus como decorrência do fato de que se “divertia muito”, também são mencionadas outras referências que apontam para possibilidades de ações desencadeadoras do Lúpus: “namorava escondido e fiquei grávida”, “fui pra São Paulo pra meu pai não saber (....) e foi lá que apareceu essa doença”; “fui ser religiosa, estava num Retiro, fui dizer que queria sair, ‘tem homem

nessa história?’, o Lúpus tem tudo a ver com aquela decisão brusca, violência da minha saída.”

Essa dinâmica no modo de construir o processo do adoecer, com o Lúpus funcionando como um divisor de águas nesse processo de mudança, parece remeter para uma bipolaridade – prazer de um lado, punição do outro – muito frequente no discurso religioso, principalmente quando se refere ao feminino. Nas referências, é no espaço de tempo entre um antes e um depois que aparece o Lúpus, cujo significado parece estar associado a uma consequência resultante de uma prática prazerosa, um ato censurável cometido pela enunciante: “(. . .) acho que o Lúpus apareceu porque me divertia muito.” E essa prática, nos dizeres, parece ser interpretado como um ato proibido a elas, como sujeitos femininos.

De acordo com esse posicionamento de sujeito, que construções discursivas estariam fomentando esse sentido? Quais as possibilidades de ação? Para que destinatários estariam sendo dirigidos esses dizeres? Como relacionar esses dizeres com discursos e instituições tomadas como autoridades no processo de construção subjetiva, indicadoras do modo de ver o mundo e estar no mundo?

As referências nos dizeres, apesar de apontarem para várias construções discursivas, mantêm, todavia, a uniformidade da direção ideológica no posicionamento do feminino: dominação de gênero e controle da sexualidade por figuras e instituições representativas de valores patriarcais. Com base nesse ponto comum, as referências sinalizam para a produção do sentido do surgimento da doença associado a um efeito discursivo que reprime o feminino. Poderíamos pensar numa “equação” em que entram em jogo as variáveis prazer – censura – doença, funcionando como um referencial na construção discursiva do surgimento do Lúpus para as enunciantes.

Retomando a demarcação temporal (o antes e o depois) como um dado significativo nos dizeres sobre o surgimento da afecção, vale ressaltar como esse acontecimento patológico é formulado através de *dêiticos* temporais (“antes gostava de beber...”, “depois”), espaciais e demonstrativos (“lá foi que apareceu essa doença...”); funcionam eles como operadores argumentativos, dando conta da ruptura acontecida com o surgimento da doença, resultando, conseqüentemente, numa mudança de vida para as enunciantes: “Minha vida mudou em tudo”. A referência às práticas vivenciadas no campo da sexualidade às escondidas (“namorava escondido”) remete para a regência da ideologia patriarcal de gênero, que submete o feminino pela via dos discursos veiculados pelas instituições familiar (relação rígida) e religiosa (Igreja) e seus porta-

vozes: figuras parentais (pai e mãe) e religiosas abalizadas em preceitos sagrados. Mais uma vez e sempre faz-se presente a construção discursiva patriarcal, operando através de seu “núcleo duro”: o controle da sexualidade feminina.

Dando continuidade à linha argumentativa sobre o surgimento da doença em decorrência de práticas prazerosas e proibidas (às escondidas), os efeitos na mudança de vida parecem vir acompanhados por um sentimento de culpabilidade, que se manifesta em questões do tipo: “Por que só eu?”. Essa linha de construção argumentativa parece sinalizar para a histórica culpa atribuída ao feminino: desde Eva, a pecadora, expulsa do paraíso sob os auspícios de uma condenação pelo pecado da desobediência cometida por comer, às escondidas, o fruto proibido. Por extensão a essa falta, todas as mulheres passam a sofrer no corpo a dor (parir com dor) como castigo.

No relato bíblico, a sequência do ato seria: desobediência à lei/pecado – castigo/dor no corpo – Eva pecadora/ culpada pelo mal da humanidade. Nas práticas discursivas das enunciantes, esse discurso religioso entra em cena associando doença-castigo / sexo-pecado – “(. . .) um dia aconteceu e de forma brusca, chorei de raiva, tristeza e culpa” –, donde se poder identificar uma sequência argumentativa, baseada em pré-discursos religiosos, em que, a referência à culpabilidade, parece revelar traços discursivos marcadamente dirigidos às mulheres.

Historicamente, culpa e mulher é uma dupla há muito conhecida, desde os primórdios dos tempos; no que se refere aos efeitos discursivos da culpabilidade em relação ao surgimento da doença, nos dizeres das enunciantes vão aparecer associando sofrimento vivenciado (pela doença) como algo que é da ordem do castigo e merecimento. Esse traço psicocultural é generizadamente feminino na cultura ocidental cristã e, de Eva aos divãs psicanalíticos, tem funcionado como uma marca presente na subjetividade das mulheres. Simbolicamente, sempre vem à tona como um efeito discursivo da concepção religiosa da natureza desagregadora feminina: foram Eva e Pandora, entre outras, as responsáveis pela disseminação do mal no mundo.

Assim sendo, são as mulheres representadas como as depositárias de uma culpa historicamente atribuída; o simbolismo feminino tende sempre a estar associado, nas palavras de Delumeau (1978, p.308), a um “santuário estranho” (...) Mal magnífico, prazer funesto, venenosa e enganadora, a mulher é acusada pelo outro sexo de haver trazido sobre a terra o pecado, a infelicidade e a morte.” A representação do feminino associada ao medo e à responsabilidade pelo mal disseminado no mundo também é lembrada por Chauí (1987, p.38):

Desde sempre, em toda parte, tem-se medo do feminino, do mistério da fecundidade e maternidade (...) fonte de tabus, ritos e terrores (...) Terror de sua fisiologia cíclica, lunática, asco de suas secreções sangrentas e do líquido amniótico, úmida e cheia de odores, ser impuro para sempre manchada: Lilith, transgressora lua negra, liberdade vermelha nos véus de Salambô. Rainha da Noite vencida por Sarastro. Perigosa portadora de todos os males, Eva e Pandora; devoradora dos filhos paridos de sua carne, Medéia e Amazona; lasciva, ‘vagina denteada’ ou cheia de serpentes, o que Freud chamou medo de castração e que em todas as culturas é assim representado.

Essa representação construída sobre o feminino, que qualifica as mulheres como atemorizantes e agente desagregadores, contém uma força simbólica cuja importância está, como diz Foucault (1976/1985), nos “efeitos de verdade que produzem”. No caso das mulheres portadoras de Lúpus, esses efeitos não são nada desprezíveis, sobretudo pelo que produzem nelas: desde que acreditam no simbolismo feminino, a ele se submetem por conter, para elas, força de verdade, legitimado que é pela autoridade institucional familiar e religiosa.

No sentido amplo, a representação da culpa assume expressões das mais variadas, podendo-se falar das culpas moral (incluindo-se aí a moral religiosa), neurótica, jurídica, entre outras. Em função das práticas discursivas, nos interessa particularmente o sentido moral-religioso; na cultura ocidental judaico-cristã é reservado um destaque especial à responsabilidade das mulheres na disseminação do mal no mundo, através da figura do pecado, enquanto um ato transgressor.

A cultura da culpa está associada a costumes severos que, no discurso religioso, opõe drasticamente o Bem e o Mal, sendo este uma das fontes primordiais de onde provém a representação sobre o surgimento da doença; a transgressão mítica que povoa o imaginário coletivo diz respeito à desobediência a Deus, cometida por Adão e Eva, por terem provado o fruto da árvore do conhecimento.

O acesso a este conhecimento, alegoricamente, aponta para o conhecimento carnal, sexual, já que em hebraico “conhecer” tem significado genital, conforme consta no Gênesis, 4,1 – “Adão conheceu Eva que concebeu e deu à luz a Caim” (Storniolo & Balancian, 1990, p.17); à Eva, por sua vez, é atribuída a responsabilidade maior nesse evento transgressor, por ter cedido à tentação da serpente e induzido Adão ao pecado. Forma-se assim uma cadeia transgressora suficiente para entrar em cena o acusador

dedo de Deus e a questão mais comum que se faz o culpado: “O que é que eu fiz? Por que eu?”

A moral judaico-cristã é plena de interditos, disciplinando e regendo a vida cotidiana e, entre estes, o prazer sexual constitui um dos alvos prediletos, como proclamava Santa Catarina de Siena: “Não há pecado pior que o pecado da carne”. Diante dos padrões morais, os desvios cometidos produzem efeitos vários e, entre eles, a culpa e a vergonha que, apesar de próximos, são sentimentos diferenciados, como bem lembra Scliar (2006, p.50): “Na vergonha, o eu é o foco do processo: eu fiz uma coisa imoral. Na culpa, o foco está naquilo que foi feito, ou o que deixou de ser feito: eu fiz uma coisa imoral.” Nos dizeres das enunciantes, tanto a vergonha, como a culpa se fazem presente e ambas associadas à sexualidade.

Em relação à culpa moral-religiosa, o dado importante é a associação com pecado e este, ao prazer sexual, como perguntou a provincial diretora – “Tem homem nesse meio?” –, associando a ruptura da enunciante com a vida religiosa a um possível “argueiro” masculino perturbando a “menina do claustro”.

Já em relação ao adoecer, estudos vêm constatando uma frequente associação entre doença e culpa, visto que esta tanto pode nascer de doenças como gerar doenças. Um exemplo clássico dessa associação doença – pecado – culpa é o caso da lepra que, no passado, era vista como resultado da transgressão e resultante de contato entre corpos humanos, de natureza pecaminosa e impura. E isso trazia culpa, acentuada pelo tipo de relação estabelecido com as pessoas portadoras da doença, imediatamente afastadas do convívio social, sendo mantidas isoladas da comunidade. O leproso era, por sua aparência corporal, um pecador que havia sido devorado pelo ardor sexual e, como tal, havia desagradado a Deus, donde o seu pecado: purgar através dos poros.

No imaginário coletivo circulavam, pois, crenças que vinculavam doença a desvio sexual, e nos corpos se refletia a podridão de suas almas. Georges Duby (1999), ao analisar o medo das epidemias dos anos 1000 e 2000, afirma que a peste negra devastou a Europa no verão de 1348, eliminando um terço de sua população, sendo vivida como uma punição do pecado; nos dias atuais, continua o autor, interpretação semelhante é disseminada em relação à Aids, que se alastrou a partir dos anos 80 do século XX, como uma nova peste.

Tais crenças, como que num retorno ao já-dito da memória discursiva, resgatando pré-discursos e remetendo para posições discursivas pré-existentes (Willig, 1999), vieram à tona nos dizeres das enunciantes, sobre o surgimento do Lúpus:

(E.01)

{...} Fico revoltada mesmo, é revolta... tenho Lúpus, já tive câncer, só falta Aids, eu fico perguntando: Por que eu?

(E.11)

{...} No Natal, fui pra Igreja e essa doença triste, eu toda inchada e eu perguntava por que eu tinha que sentir tanta dor e só achei uma explicação: eu sofro aqui, deve ser porque na outra vida eu não vá mais sofrer, tenho que me consolar. Tanta gente que bebe, se droga, faz tudo e não tem nada, não tem mesmo explicação.

(E.10)

{...} Tem explicação sim, na Bíblia, salmo 35, diz mais ou menos assim (...)  
Lá em casa são 17, tenho 16 irmãos e um dia minha irmã disse que só eu tinha que ter Lúpus, sabe por que? Ela disse que *tem* na Bíblia, mas não tem não: Deus dá o frio conforme o cobertor.

Tanto quanto nos extratos anteriormente apresentados, os extratos acima também trazem referências ao discurso religioso; além desse, sinalizam para os discursos médico, (situando o Lúpus ao lado de outras doenças como o câncer, Aids, lepra) e *psi* (psicológico, psicanalítico e psicossomático), associando a doença com os sentimentos de dor, revolta, culpa, tristeza.

Ainda em relação ao discurso religioso, o sentido do adoecer, nos dizeres das enunciantes, é associado às referências sacralizadas, seja pela remissão a outras doenças (algumas, no imaginário coletivo, associadas a pecado); seja pelo atravessamento de um sentimento de culpa (“Por que eu? Por que comigo? Por que eu tinha que sentir tanta dor?”); seja por explicações que se atribui uma condição especial de fortaleza humana às mulheres, traço esse muito comum no discurso religioso, que as valoriza como possuidoras de dons espirituais. A mencionada fortaleza é atribuída às mulheres desde que apresentem traços similares à Maria, portadora da imaculada virgindade.

A leitura do adoecer como manifestação de forças sobrenaturais e as doenças associadas às forças do mal (resposta a um pecado cometido) faz parte da história humana, desde épocas remotas. O que vale destacar é como essas crenças se atualizam, pela via da memória discursiva religiosa (uma cultura punitiva, culpabilizante) nas práticas discursivas das enunciantes. Na cena imaginária religiosa pré-discursiva, a

tríade associativa *doença – pecado – culpa* é também estabelecida pelas pessoas, como se fossem elas portadoras de alguma doença contagiosa. A construção dessa cena vem à tona trazida do passado histórico e se atualiza através da memória discursiva, quando no dizer é argumentado que a condição de portadora de uma doença tem como efeito o afastamento das pessoas; isso tem como resultado, por um lado, a necessidade de ocultar a doença e, por outro, sentirem-se condenadas a uma condição de isolamento:

(E.05)

{...} A minha irmã também tinha Lúpus, mas ela nunca falou do que era doente, sobre a doença, só dizia que não *pegava*, mas não dizia o que era (....)”

(E.01)

{...} Na Escola, onde eu trabalhava, as pessoas tinham medo de ficar perto, quando eu começava a tossir, pensavam que era uma doença ruim, câncer (....) eu falei com a Diretora e ela me colocou numa sala perto dela, eu ficava sozinha.

(E.09)

{...} Um dia, uma pessoa me disse: ‘Fulano disse que você está com Aids (....) pensam que é uma doença ruim que pega, como lepra (....) Por isso que quando minha tia fez uma festa ninguém foi (....) ninguém visita, todos desaparecem.

(E.15)

{...} eu acho que na minha testa tem escrito: ‘Doente, não se aproxime’. Os meninos não chegam mais perto de mim, não me olham mais e eu não consigo mais me olhar no espelho.

(E.03)

{...} Fui morar com meu noivo, ele não providenciava o casamento (....) viver assim com um noivo *pega* mal na mulher, no homem *pega* nada, relação sexual pré-matrimonial, aquilo me incomodava, a minha religião proíbe.

Na sequência argumentativa acima, entra em cena uma imagem pré-discursiva de portadores de doença contagiosas no passado histórico da humanidade e que, como tais, eram mantidos afastados, isolados do convívio social. Essa imagem, procedente de uma memória discursiva, se atualiza no dizer das enunciantes como efeito de sentido patriarcal-religioso: doença associada a pecado (pecado/doença/dor no corpo) e



afastamento das pessoas, pelo receio de serem contagiadas. Nesse resgate discursivo (“Deus dá o frio conforme o cobertor”), outras cenas poderão estar associadas à relação doença – pecado, como, por exemplo, aquela em que, ao receber um apelo de cura (por parte de cegos, leprosos, paráliticos), Cristo respondia que fossem em paz e seus pecados seriam perdoados: pediam a cura e recebiam o perdão. Nas práticas discursivas, as enunciantes, como que parafraseando ditos cristãos, recuperam um dizer que já está estabelecido e que é atualizado no momento da enunciação, pela memória discursiva religiosa, abrindo espaço para um novo dizer, deslizando do religioso para o da doença.

Nessa construção, o registro imaginário constituinte do psiquismo se evidencia pelo olhar do outro, que reflete o teor estigmatizante contra um tipo de doença que se assemelha a patologias rejeitadas pela memória coletiva. Refletido no espelho do olhar do outro, o olhar das enunciantes parece captar uma rejeição que associa a doença a outros traços subjetivos forjados pelas práticas discursivas religiosas sobre o lugar do feminino na ordem social: controle da sexualidade, pecado, culpa, doença como castigo.

Como desdobramentos dessa construção imaginária, merecem destaque dois efeitos discursivos do sentido atribuído ao adoecer, ambos sedimentados em discursos da ordem patriarcal de género. Trata-se, de um lado, do efeito do ocultamento, que está colado ao modo de lidar com a doença, mas que também remete para a prática feminina de ocultar condutas (sexuais) que falam da repressão imposta às mulheres e muito presente nos dizeres (“namorava escondido”): o escondido da experiência sexual parece que desliza para a vivência do adoecimento (“nunca falou que era doente (....) não dizia o que era”).

O segundo efeito, também concernente à ordem de género, do lugar do feminino na ordem social: não é só o fato de ser percebida como alguém portadora de uma afecção que “pega”, mas parece que o olhar estigmatizante do outro é agravado pelo fato de elas serem mulheres. E é como mulheres que estão naquela condição de culpa, historicamente feminina. Esse dado é sinalizado através de “pistas” discursivas, que apontam para o atravessamento de género, como o uso de uma mesma expressão verbal<sup>25</sup> (“pega”) para se referir à construção imaginária da doença e da posição da mulher na sociedade: o “pega” da doença e o “pega” de um possível mau nome

---

<sup>25</sup> Para o dispositivo metodológico da AFD, uma mesma palavra pode implicar significados distintos, dependendo do modo como está inserida no contexto discursivo.

atribuído às mulheres que mantém “relação sexual pré-matrimonial, ao contrário do que acontece com os homens porque, no homem pega nada”.

Vejamos primeiramente o efeito discursivo do “escondido”, que remete para o sentido do ocultamento no feminino, enquanto uma ação que fala de sujeitos submetidos à condição de controle e repressão; o “escondido”, referente à doença (estigmatizada e negada) e à posição do feminino, revela a condição das mulheres sob vigilância, diante do olhar de figuras parentais e religiosas, porta-vozes do discurso patriarcal de gênero. Esse “escondido” se revela, configurando o caráter de ocultamento pelo qual as enunciantes constroem seu estar no mundo, nos dizeres abaixo:

(E.15)

{...} Eu namorava escondido, ninguém sabia, minha mãe só quer que eu namore pra eu casar (....) não fala sobre sexo, é tudo escondido, depois da doença fiquei feia, não consigo mais me olhar no espelho, prefiro ficar em casa, me escondendo de todo mundo.

(E.11)

{...} namorado praticamente só tive um, infelizmente, minha família era muito rígida, e assim mesmo namorava escondido.

Com a doença, passei uns tempos sem cuidar de mim, roupas grandes, uma mostra, só pra me esconder, deformada, nem me olhava no espelho.

(E.16)

{...} aos 14 anos, namorava escondido e fiquei grávida e fui pra São Paulo, pra meu pai não saber. Foi lá que apareceu essa doença, me dá um desespero, uma tristeza, essas manchas pretas na pele (....) não dá nem pra esconder.

As referências ao ato de esconder (escondido, escondendo, esconder) nos extratos acima remetem para o exercício da sexualidade sob controle, prática essa dirigida historicamente para o feminino; além do que já discutimos anteriormente sobre a relação do discurso patriarcal no controle a sexualidade feminina, destacamos agora as repercussões desse dispositivo com a emergência de estados patológicos, dado este que marcou o momento inaugural de um campo de saber na ciência: o saber psicanalítico.

Ao tratar do escondido, trazemos para discussão o campo de saber psicanalítico porque foi em torno da questão do reprimido que esse campo emergiu, perscrutando a sintomatologia das psiconeuroses. Com a Psicanálise, estas passam a ser explicadas

etiologicamente com base na história da vida sexual passada, em que determinadas passagens expulsas da consciência retornavam simbolicamente pela via de formações inconscientes. O sintoma psiconeurótico, através das mensagens corporais, seria um efeito simbólico do conflito de forças psíquicas: libido *versus* recalçamento.

A confirmação da hipótese levantada – etiologia de base psicosssexual – se efetivava à medida que as pacientes eram escutadas e o sintoma conversivo desaparecia. A leitura psicanalítica apontava, portanto, para um pressuposto: para além do corpo anatômico, haveria um outro corpo de natureza imaginária. Foi em direção a esse corpo que o olhar do saber psicanalítico direcionou seu interesse, fincando suas balizas teórico-clínicas na força da libido (energia que põe em marcha as atividades psíquicas), estabelecendo a relação entre sexualidade e etiologia das neuroses.

Nos dizeres das enunciantes, repressão/censura da sexualidade aparecem nas referências do “escondido” e como que associadas ao surgimento da doença. É nesse sentido que trazemos o saber psicanalítico como uma das fontes teóricas que podem contribuir para a dimensionar o sentido do adoecer. Apesar de Freud ter se detido mais especificamente nas psiconeuroses, defendia porém a necessidade de se considerar a condição psicosssexual da constituição subjetiva no desencadeamento de outras modalidades patológicas, como as neuroses atuais.

É por esse caminho que foram sendo construídas outras perspectivas teóricas de explicação das doenças para além do anatômico (corpo físico, seara do saber médico), avançando para outros olhares em direção ao corpo: corpo erógeno, libidinal ou pulsional, corpo imaginário, corpo simbólico, corpo biopolítico. Dessa multiplicidade de olhares sobre o corpo foram sendo sistematicamente forjados novos campos de saberes, também preocupados com as doenças físicas, mas sem perder de vista o seu componente emocional constituinte. Um desses campos é o da Psicossomática que, resgatando o princípio hipocrático, reconhece a presença do componente emocional no adoecer.

Nos dizeres das enunciantes, este componente se presentifica quando se referem à doença associando-a aos sentimentos de culpa, tristeza, medo, pânico; em nossa análise, entendemos que essas referências são efeitos de sentido de construções discursivas, como a patriarcal religiosa, bem como a médica e a psicossomática.

{...} Eu não tinha noção do que era Lúpus, que era um doença traiçoeira, que atinge todos os órgãos (...) O que mais me abateu foi não poder mais levar sol, não podia mais trabalhar na rua.

{...} meu casamento foi estressante, sofri muito.

(E.03)

{...} Eu não estava bem, estava estressada, dei pra vomitar, era a vasculite, passei dez dias no hospital internada, depressão braba, não me lembro de nada, fiz pulsoterapia. Depressão pesada.

Nestes extratos acima, as referências – doença traiçoeira que atinge todos os órgãos, não poder levar mais sol, não poder mais trabalhar na rua, estressante/estressada, vasculite, depressão, sofrimento, pulsoterapia – remetem para duas construções discursivas básicas: a médica e a psicossomática.

O discurso médico é constitutivo do dizer da enunciante, fazendo menção ao fator ambiental (o sol) como um dos agravantes do Lúpus, tendo como desdobramento a retirada da enunciante do espaço público (onde trabalhava) para o privado; enquanto doença de natureza sistêmica, pode comprometer vários órgãos e sistemas do organismo, pela inflamação dos vasos (vasculite). Parece que é em função dessa possibilidade disseminada da doença, pela dificuldade de se identificar quais órgãos e sistemas poderão vir a ser comprometidos, que é usado o qualificativo “traíçoeiro”, por não se saber onde poderá surgir a doença e como se defender.

Toda essa construção discursiva da doença faz parte do discurso médico, que a caracteriza em função de critérios biológicos e ambientais. Ao se buscar o direcionamento dessas falas, a figura profissional do médico centraliza o foco da direção, pela ênfase na sintomatologia – dores, inchaços, pulsoterapia, vasculite – que caracteriza o Lúpus como uma doença autoimune e de caráter sistêmico. É para esse ângulo da doença que olham profissionais da área médica e é em função da sintomatologia que as pessoas acometidas os/as procuram; em relação à sintomatologia nas enunciantes, apresentamos a seguir uma tabela com os sintomas que as acometeram, por ocasião do surgimento da doença.

**Tabela 5:** Principal sintomatologia apresentada no surgimento do Lúpus

SINTOMAS	Total
Tosse, rouquidão, problema de garganta	03
Dores (joelhos, juntas, cabeça, barriga, ossos, pernas, costas, corpo todo coluna)	12
Problemas de pele (manchas no rosto, “pano preto”, mancha na boca, manchas vermelhas no rosto, nas pernas, testa, costas, mãos, pés, nariz, pele escamosa, bolhas nas mãos, coceira, crosta vermelha, “asa de borboleta”, “pele largava todinha”)	13
Água na pleura	01
Convulsão	01
Indisposição (cansaço, fadiga, moleza, indisposição, sensação de desmaio, mal-estar geral, fraqueza, irritação, estressada)	09
Depressão	04
Inchaço (nas articulações, nos lábios)	03
Anemia	01
Alopecia (queda de cabelo)	05
Vasculite (inflamação nos vasos)	03
Perda de peso	05
Sem poder andar (disfunção das habilidades motoras)	06
Problema renal	05
Febre	08
Perda de pressão	01
Vômito, enjôo	04
Problemas ginecológicos (“sem menstruar”, “largava pedaços de pele da vagina”, coágulos, sangramento, hemorragia vaginal)	06
Hemorragia gengival	01

Enquanto uma doença sistêmica, o Lúpus pode acometer qualquer órgão ou sistema orgânico e é para esse orgânico (corpo biológico) que o olhar médico direciona seu foco de interesse, bem como é devido às manifestações nesse orgânico que as pessoas acometidas procuram os cuidados médicos. Entre as partes do corpo afetadas pelo Lúpus, os problemas de pele são dos mais incidentes, acometendo principalmente o rosto, conforme as imagens seguintes:



**Figura 7:** Rush Malar (“asa de borboleta”)

Fonte: Arquivo particular do Dr.Georges B. Christopoulos



**Figura 8:** Rush Malar (“asa de borboleta”) e alopecia

Fonte: Dieppe (1986)



**Figura 9:** Lúpus discóide

Fonte: Dieppe (1986)

Se as manifestações clínicas do Lúpus já tendem a deformar o corpo, quando atinge o rosto produzem um efeito degradante nas mulheres. Para Sontag (1990), em sua produção sobre a doença como metáfora, vergonha e culpa (“Por que eu?”)

acompanham os portadores não só da Aids, mas também do câncer, devido às metáforas associadas com o mal. Em relação ao rosto, as marcas que as doenças nele impõem têm efeitos deprimentes, sobretudo por causa do *status* do rosto em nossa cultura, fundamental para avaliação da beleza; no caso da Aids, assinalam uma imagem de mutação e dissolução progressiva, como se fizesse transparecer máculas da alma. Vimos anteriormente o lugar da culpa no sentido construído pelas mulheres portadoras de Lúpus.

Entre os sistemas que mantêm uma relação direta com o Lúpus, o imunológico é considerado o sistema matricial. Pesquisadores que vêm desenvolvendo estudos sobre esse sistema, constataam o quanto a variável emocional é influente no desencadeamento de doenças relacionadas à questão imunológica; entre estas, se destaca o Lúpus, protótipo da doença autoimune e, portanto, susceptível de sofrer uma interferência emocional marcante no seu processo de desencadeamento. É a isso que vem se dedicando a imunologia, ao reconhecer o *quantum* de interferência que tem o estresse no aparecimento de doenças, particularmente, as autoimunes. Embora os pioneiros da Teoria do estresse não tenham se detido no estresse emocional, mais recentemente, esta modalidade vem sendo o cerne das pesquisas por parte daqueles que se dedicam à Psiconeuroimunologia. Nesse campo, o emocional vem ocupando o centro das atenções, como motor propulsor no processo de desencadeamento de doenças.

Nos extratos anteriores é disso que falam as enunciantes, relacionando o surgimento do Lúpus a acontecimentos estressantes e, assim sendo, o sentido de seus dizeres é efeito discursivo desse tipo de saber que vincula o emocional ao adoecer: o saber psicossomático. Desde o século XIX médicos e psicanalistas vêm se debruçando nessa empreitada, buscando identificar no adoecer que se manifesta no corpo indícios de traços e mecanismos psíquicos. Como já afirmamos anteriormente, o saber psicanalítico foi um dos campos de estudos a contribuir nessa área e, no rastro desse saber, outros vieram e deram continuidade à sua trajetória investigativa, chegando-se ao século XXI com um vasto leque de perspectivas teóricas. Entre estas, destacamos a centrada no estresse como gatilho desencadeador do adoecer e a leitura psicanalítica, enfatizando o sentido das perdas e separação.

(E.08)

{...} sofri um impacto muito grande, essa coisa ainda hoje não está bem resolvida em mim, foi um emoção muito forte, acho que aquela emoção tem a ver com Lúpus.

{...} Eu acho que o Lúpus tem tudo a ver com a decisão brusca, quando saí do Convento, me tranquei muito, não tive direito de falar me senti muito perseguida, sofri muito (...) meu pai disse que eu tinha tido uma decepção muito grande pra tomar um decisão brusca daquela.

(E.03)

{...} Comigo apareceu assim, quando eu tinha 15 anos, meu pai bebia muito, foi uma forma de eu chamar a atenção, tudo se concentrou em mim, todos preocupados comigo e a doença era como se eu dissesse: 'Olhem pra mim, prestem atenção em mim!' É isso mesmo, emoção, essa doença anda colada com a emoção.

(E.10)

{...} Na minha família, só eu nasci com Lúpus, mas os médicos diziam: 'É sempre por causa de uma emoção forte, aí ele aparece'. Está lá quieto, estava dormindo e acorda.

(E.15)

{...} Eu tive uma decepção amorosa e ninguém sabe, era um namorado e eu namorava escondido. Um dia ele foi embora sem avisar, fiquei doente, a doença apareceu nessa época, fui dormir e quando acordei estava toda inchada.

(E.05)

{...} Quando meu pai morreu, a minha irmã que tem Lúpus saiu do ar (...) Tempos depois eu comecei com umas dores no joelho, perdendo peso, dores nas juntas, caí no banheiro, dores no corpo todo, tudo doía.

(E. 09)

{...} Quando meu tipo morreu, já no cemitério, na morte dele, começou a dor no joelho, os médicos disseram que era reumatismo, depois começou a mancha



na boca. Tinha 14 anos, fiquei até os 20 anos sem saber mesmo qual era o diagnóstico.

Nota-se como as referências apontam, por um lado, para sintomas físicos (dores no corpo), conforme as manifestações clínicas do quadro anterior e, como tal, remetem para construção discursiva médica; por outro, para variáveis de ordem emocional (sofrimento, emoção forte, decisão brusca, decepção amorosa, perdas, mortes, chamar atenção), remetendo para discursos *psi*. As referências de ordem emocional permitem associar acontecimentos estressantes como marcados pelo afetos, elemento-chave na construção subjetiva feminina.

### *3.3 Percepção de si e da Doença*

#### *Construção Discursiva Psicossomática do Corpo que Adoece:*

##### *As Perdas e o Poder dos Afetos*

Como percebem a si e à doença?

Eis a questão básica que guiou o desenrolar do 3º eixo temático de nossa abordagem investigativa sobre o Lúpus em mulheres; nesse bloco temático de questões, nos interessava saber como as mulheres percebiam o acontecimento patológico Lúpus nelas incidente, bem como as implicações na subjetividade. O modo como percebem o mundo e nele estão a partir desse lugar de mulheres portadoras de uma afecção: que repercussões haveria, nesse processo de adoecer, pelo fato de serem mulheres? Lúpus e mulheres: haveria alguma relação entre essas duas realidades, do ponto de vista da particularidade de gênero? De que modo constroem a leitura desse acontecimento patológico em suas vidas?

Conforme vimos anteriormente, os dizeres das enunciantes tanto apontam para acontecimentos relacionados ao estresse, como para as perdas; nesse sentido, aponta para uma leitura de base analítica, que vai centrar sua análise sobre a emergência das afecções psicossomáticas nas situações de perdas.

São as perdas que constituem o vetor que mobiliza o surgimento dos fenômenos psicossomáticos, conforme fundamenta Guir (1988), em sua teoria sobre Os três tempos da dinâmica da afecção e Nasio (1993), com a do Esquema do apelo e do retorno. Ambos, na elaboração metapsicológica dos fenômenos psicossomáticos ou lesões de órgãos, apontam para a importância de se considerarem os tempos constitutivos na

elaboração do processo psicossomático. A referência aos tempos vai aparecer nos dizeres das enunciantes de modo aproximado daquele colocado no Esquema do apelo e do retorno, quando significantes especiais relativos a números marcam os acontecimentos de suas vidas.

Para essa leitura, a história familiar é crucial para o entendimento da emergência da afecção, o passado somático da pessoa e acontecimentos marcantes como fontes de compreensão da dinâmica e significantes particulares, dinâmica essa que, via de regra, ocorre em três tempos: inicialmente há uma separação brutal, geralmente na infância; num segundo momento, esta separação se repete na realidade ou um conjunto de significantes relembram à pessoa essa separação e, num terceiro momento, a lesão aparece.

(E.08)

{...} Minha mãe era muito ciumenta e se separou de meu pai quando eu era muito pequena; eu sofri muito quando ela foi embora, quando procuraram ela, tinha ido embora, meu pai disse que ela não entrava mais em casa, nunca mais quis falar com ela, não queria que eu e meus irmãos falassem com ela, mas eu sempre falei (...) Meu pai dizia: ‘Quem é aquela mulher?’ Nunca mais falou com ela.

{...} Eu resolvi ir para o convento, tinha 14 (catorze) anos, acho que foi porque um dia eu estava numa festa da padroeira com meu pai e meus irmãos, e meu pai enxotou umas mulheres (essas que chamam de rapariga), e eu fiquei com pena delas, meu pai era muito rigoroso (...) eu queria fazer um trabalho pra ajudar as pessoas carentes, ajudar as mulheres da vida, *libertá-las*, aí fui ser religiosa.

{...} As freiras eram muito conservadoras (...) eu não concordava com umas coisas e não pude conversar, foi uma decisão brusca (...) A indiferença da diretora provincial me magoou muito (chora), passei muito tempo pra me *libertar*. Foi uma violência a minha saída (...) O Lúpus apareceu quando o meu filho tinha 4 (quatro) anos, na gestação eu inchei, passou 4 (quatro) anos pra se manifestar, eu tinha 34 (trinta e quatro) anos (...) o pai dele me abandonou antes dele nascer, nem chegou a conhecer o filho. {...} Eu acho que o Lúpus tem tudo a ver com a decisão brusca,

quando saí do Convento, não tive o direito de falar, essa coisa ainda não está bem resolvida em mim (....) aquela emoção tem tudo a ver com o Lúpus, decepção grande.

Destacamos, no extrato acima, algumas referências que sintonizam a prática discursiva com a Teoria da dinâmica da afecção (situações de perdas e separações, significantes especiais numéricos) e com a ordem patriarcal de gênero, o lugar do feminino submetido à lei do pai: na relação do pai com a mãe (“não quis mais falar com ela”); com as mulheres que “chamam de rapariga”; da diretora provincial com a enunciante (“Tem homem nessa história?”). Na interseção desses dois campos teóricos, acontecimentos traumáticos do passado se atualizam na história de vida seja pela via do posicionamento feminino (quis “*libertá-las*”, “passei muito tempo pra me *libertar*”, “meu pai disse que ela não entrava mais em casa”, “o pai dele me abandonou”); seja pelo desencadeamento da afecção psicossomática (“aquela emoção tem tudo a ver com o Lúpus, decepção grande”).

No dizer da enunciante, é possível recompor cenas do passado ocorridas na infância (relação pai – mãe – filha/ enunciante) que, mais tarde, se re-atualizam, (provincial religiosa – mulher/enunciante – pai do filho). Num terceiro tempo, o Lúpus aparece, quando o filho tinha 4 (quatro) anos, significante numérico associado com outros da trajetória existencial.

Vejamos como se processam os tempos que compõem a dinâmica da afecção e como o feminino está atravessado nesse cenário, cuja personagem é uma mulher que adoece: a mãe vai embora e o pai, por sua vez, corta definitivamente a fala com esta; por se apiedar das “mulheres da vida” enxotadas pelo pai, se torna religiosa e mais tarde, lhe é negada a possibilidade de explicação à autoridade religiosa, tal qual o pai havia interditado à mãe (falar com a filha/filhos). Em ambas há em comum a negação da fala, oportunidade de explicar os cortes relacionais: nem à mãe, nem a ela é permitida a possibilidade de falar, ato este significado pela enunciante como uma violência. O pai do filho a abandona antes do filho nascer (mais uma ruptura) e, já na gestação parece ter emergido um primeiro sintoma do Lúpus (“na gestação eu inchei”). Uma trajetória de vida portanto, marcada por perdas e separações e, todas elas, tecidas pelo fio do afeto: o poder dos afetos no feminino.

Outro ponto a destacar são os significantes numéricos<sup>26</sup> presentes que, na prática discursiva, costumam as cenas de perdas com o adoecer. Diante de acontecimentos avassaladores, do tipo perda brutal, decepção absoluta, diz Baggio (1995, p.36) que o psiquismo suprime da consciência a realidade avassaladora e “(. . .) derrama o afeto candente, como uma calda por todo o corpo”.

A lógica do significante perpassa enigmas existenciais. Condições ocasionais funcionam como mecanismos despertadores de momentos traumáticos vivenciados por perdas e separações afetivas. Estes momentos constituem marcas significantes que tendem à re-atualização, seja na realidade, seja num conjunto de significantes particulares que relembram a cena traumática ao sujeito. Na dinâmica da afecção, significantes especiais entram em cena no desencadeamento do adoecer, apontando para a premissa de como a linguagem coabita com o corpo; de como significantes próprios e específicos do sujeito funcionam como mobilizadores de fenômenos psicossomáticos.

Nessa ligação entre significantes próprios da história de vida do sujeito e o desencadeamento do adoecer, é compreensível as palavras de Guir (1988, p.42) quando afirma que a “a lesão psicossomática é um selo corporal da historia familiar”.

E em relação ao surgimento do Lúpus nas enunciantes, que ligações estabelecer entre significantes, história de vida e adoecer?

(E.04)

{...} Eu fui criada pela minha madrinha, porque quando a minha mãe enviuvou distribuiu os 4 filhos com os parentes, ela ficou com o mais velho e a mais nova e eu fiquei com minha madrinha que se tornou minha mãe, fui conhecer minha mãe depois de 30 e tantos anos.

{...} Minha filha morreu num acidente de carro, tinha saído da minha casa com o filho. Depois de uns tempos apareci com uma fraqueza, febre, depois de muitos exames sem descobrir o que era, aí deu Lúpus.

(E.05)

{...} Quando meu pai morreu, a minha irmã que tem Lúpus saiu do ar (....) Tempos depois eu comecei com umas dores no joelho, perdendo peso, dores nas juntas, caí no banheiro, dores no corpo, tudo doía.

---

<sup>26</sup> No sentido lacaniano, significante é o que representa o sujeito para outro significante; no fenômeno psicossomático, significantes especiais relativos a números emergem nas práticas discursivas e, no caso da enunciante (E.08) se destaca o 4 (quatro): foi para o convento com 14 (catorze) anos; o Lúpus aparece quando tem 34 (trinta e quatro) anos e o filho 4 (quatro).

(E.09)

{...} Quando meu tio morreu, já no cemitério, na morte dele começou a dor no joelho, os médicos disseram que era reumatismo, depois começou a mancha na boca. Tinha 14 anos, fiquei até os 18 a 20 anos sem saber mesmo qual era o diagnóstico.

(E.07)

{...} Há 6 (seis) anos, dores nas pernas, fadiga no corpo, moleza (...) Nessa época uma amiga minha morreu de Lúpus. Minha avó morreu com muitas dores, mas não se queixava de dores nenhuma, eu conversava muito com ela (...) senti um vazio enorme quando ela morreu, o chão vai faltar.

{...} Eu sofri muito com o PDV<sup>27</sup>, foi mais ou menos um ano após o PDV que o Lúpus apareceu (...) foi uma outra perda, porque na adolescência, já tinha deixado o ballet, que não continuei por causa das dores que sentia, já era o Lúpus e eu não sabia, ainda hoje guardo a roupa; (...) na minha infância, quando eu soube que meu pai tinha uma amante, foi uma traição muito grande, não só a minha mãe, a mim também.

(E.01)

{...} Eu fiquei muito abatida quando pedi o PDV, fiquei com medo dos meus 12 (doze) anos de trabalho e se desse em nada? Também a relação com o meu marido, péssima, foi quando o Lúpus começou a desencadear e minha mãe dizendo: ‘Tenha paciência, aguente, ele vai mudar’ e as coisas afundando cada vez mais.

(E.15)

{...} Eu tive uma decepção amorosa e ninguém sabe, era um namorado e eu namorava escondido. Um dia ele foi embora sem avisar, fiquei doente, a doença apareceu nessa época, fui dormir e quando acordei estava toda inchada.

Nos extratos acima, referências às perdas e separações fazem parte do contexto que precedeu a emergência do Lúpus na percepção das enunciantes e é disso que trata a

---

<sup>27</sup> PDV = Plano de Demissão Voluntária

leitura psicossomática. Em algum momento da vida, a pessoa é tomada por um sentimento de impactante fragilidade, diante de um acontecimento que extrapola sua capacidade de suportar e esse impacto provoca um pavor – um pavor orgânico; mais tarde, esse pavor poderá vir a ser despertado, como diz Nasio (1993, p.109), por um “grão de realidade”.

Há, portanto, dois elementos a serem considerados na psicogênese da lesão de órgão: o apelo traumático, que provoca pavor, e a condição ocasional, que desperta e reanima o trauma. Nos dizeres das enunciantes, as condições de morte, perdas, separações parece que funcionaram como “grãos de realidade” despertando traumas passados.

Diante da construção teórica (relação entre estresse/perdas *versus* desencadeamento de doenças pela reatualização do pavor orgânico, o apelo significativo) levantamos um ponto de problematização: se, pelas condições existenciais, em regra, os seres humanos estão sempre expostos a situações de perdas brutais, decepções e desencontros por que essa cadeia estresse/perdas *versus* adoecer só acomete algumas pessoas?

Entendemos que essa questão remete para a multiplicidade de fatores que caracteriza o *complexus* humano e inclui o indeterminismo, até no modo em que o sentido das perdas é construído pelo sujeito discursivo. Em nossa análise, o sentido constitui um elo fundamental na cadeia de fatores que, nas mulheres, é tecido pelo fio dos afetos. O poder dos afetos que, culturalmente, vem sendo a marca do feminino, também ocupa um lugar de destaque na produção de efeitos inconscientes sobre o somático. É disso que trata a lógica do significativo, nos fenômenos psicossomáticos, quando significantes especiais são reatualizados em acontecimentos que despertam cenas passadas.

De acordo com a lógica do significativo, a configuração metapsicológica das afecções psicossomáticas se caracteriza como uma solução para um defeito de filiação simbólica e, nesse sentido, o conceito de *Metáfora (função) Paterna*<sup>28</sup> é fundamental no entendimento da constituição dessas afecções; isto porque nelas a função paterna parece não ter funcionado a contento e, “no lugar do Pai, aparece a lesão (...) a filiação do Nome-do-Pai se transforma em filiação do órgão” (Nasio, 1993, p.67).

---

<sup>28</sup> Na leitura lacaniana, o conceito de *função paterna* consiste em “fazer um corte e de permitir metaforizar, substituir algo que falta por uma palavra.” (Etkin, 1996, p.26).

(E.05)

{...} Meu pai era alcoólatra, quando bebia ficava agressivo, queria bater, minha mãe não teve uma gravidez tranquila, nasci doente, eu era medrosa, tinha medo de tudo (....) eu ia pegá-lo nos bares, ele deitado na rua e eu trazia ele pra casa, colocava na cama e minha mãe nem chegava perto, 'Deixa pra lá' Ele era bom, o problema dele era a bebida, ficava agressivo.

(E.07)

{...} Eu era muito ligada ao meu pai (....) quando soube que ele tinha um caso, foi uma traição, não só a minha mãe, a mim também (....) Passei 16 anos sem abraçar meu pai (....) tenho consciência que engravidei de meu namorado pra atingir meu pai.

(E.14)

{...} Quando tinha 10 anos ou 12 anos, nem me lembro bem, meus pais se separaram, agora moram juntos, depois que fiquei doente, meu pai voltou pra casa, a morar em casa, mas não vive com minha mãe, continuam separados.

(E.15)

{...} Eu mal via meu pai, ele saía cedo de casa (....) às vezes ele dizia: 'Minhas filhas não vão acostumar a me chamar de pai.' A gente mal via ele, ele é calado assim como eu, ele é distante, às vezes ele diz: 'Na outra encarnação vou fazer uma filha que fale mais.'(....) Desde que eu fiquei doente, ele não trabalha mais, fica em casa o tempo todo, triste, chora quando eu tenho crise.

A leitura das práticas discursivas acima remetem para dois pontos que problematizamos à luz da lógica do significante e dos Estudos de gênero; um primeiro ponto é o modo como o sujeito discursivo faz referências à figura paterna e como o acontecimento da doença, na construção discursiva, parece que veio a funcionar, realmente, como um apelo significante. Um outro ponto a problematizar, o elo entre “função paterna” (no saber psicanalítico) e lei do pai (no feminismo): em ambos os campos de saberes é reconhecido o posicionamento de autoridade do *pater famílias*, distinguindo-se, porém, em relação ao foco do olhar para esse lugar do masculino e suas implicações no espaço privado e público.

Se o objetivo do saber psicanalítico é, na rede intrincada de constituição subjetiva, contribuir para desembaraçar os fios com os quais cada pessoa constrói seu sofrimento, mantendo-se, todavia, no nível do espaço privado, já o feminismo vislumbra a transformação no espaço público. É para essa direção que se movimenta o feminismo desde sua origem, direcionado para a meta de interferir na transformação da ordem social, que constrói as mulheres como subordinadas. Como diz Rosemberg (1996, p. 267), “el feminismo transtorna el espacio público con aquello que el psicoanálisis mantiene en el espacio privado”.

Mas, não só isso. Avaliamos que, embora por princípio teórico os dois campos de saberes estejam situados nessa “antinomia clásica” (Rosemberg, 1996), o movimento histórico e epistemológico parecem estar caminhando numa direção que tende a diminuir antinomias, como a do Feminismo e da Psicanálise. Para isso, valho-me da reflexão de Kehl, sobre o masculino e o feminino, aonde as mulheres já chegaram – por terem conquistado o *falo da fala* – e aonde poderão chegar, abrindo caminhos para inscrever no inconsciente da espécie os signos da subjetividade feminina:

Que tenhamos nós, mulheres, conquistado o *falo da fala*, preparando caminho para nossa própria existência, criando possibilidade de inscrever no inconsciente da espécie, nem que seja daqui a duzentos anos, os signos da nossa subjetividade ( Kehl, 1996, pp.65-66).

É ainda em relação ao posicionamento feminino submetido ao espelho do olhar estigmatizante do outro masculino, em relação à doença, que os dizeres das portadoras de Lúpus trazem mais um efeito discursivo de gênero:

(E.14)

{...} Um dia estava com uma máscara, quando saí da UTI e o diretor da Faculdade ia passando, eu tinha ido fazer uma prova, de bengala, me escorando e ele disse: ‘Pra não passar doença pra gente, é?’ E todos riram em redor dele, riram de mim. Por que? O que é que eu fiz pra rirem de mim?

(E..17)

{...} Lá na minha Escola, tenho um colega que tem epilepsia, tem ataques várias vezes e ninguém manga, só mangam de mim (começa a chorar). Quando tenho bolha na mão, mangam de mim, só os meninos, menos o que tem epilepsia, ele fica brabo quando mangam de mim, dele não, a minha doença e a



dele é quase igual, a minha também não tem cura igual a dele (chora) e por que só mangam de mim?

(E.03)

{...} Fui morar junto com meu noivo, ele não providenciava o casamento (....)

Depois ficou sem sair comigo, me chamou de desequilibrada (....) depois fui internada, desequilíbrio hormonal, renal.

Nos extratos acima, destacamos duas referências enunciadas: uma primeira, relativa ao olhar masculino, que produz um efeito de sentido na condição do adoecimento das enunciantes, seja quando riem da doença, seja quando fazem uso de expressões que parecem se aproximar de ditos performativos: o noivo a chama de “desequilibrada” e ela adoece com “desequilíbrio hormonal, renal”.

Tais dizeres expressam o teor androcêntrico do discurso patriarcal que posiciona o feminino de modo desigual e produzem efeitos de sentido, inclusive com desdobramentos no corpo das mulheres; esse território privilegiado no imaginário discursivo é percebido, pelas enunciantes, como objeto de zombaria: “E todos riram (....); “Mangam de mim, dele não (....) e por que só mangam de mim?”. Esses dizeres apontam para “pistas” discursivas sobre o sentido da doença construído pelo olhar do outro, que não só estigmatiza (afasta as pessoas), mas também provoca risos e zombaria; além disso, mobiliza nas enunciantes o arcaico sentimento de culpa enraizado na subjetividade feminina, desde sempre. Diante do olhar masculino, essa culpa parece ser mobilizada e vem à tona nas práticas discursivas das enunciantes, pela via de questões que sinalizam para o lugar de culpada: “O que é que eu fiz pra rirem de mim? “E por que só mangam de mim?”

A segunda referência se relaciona com indicações do campo médico (UTI, epilepsia, doença, desequilíbrio hormonal, renal) e, de certa forma, já foram referidas anteriormente, através da comparação do Lúpus com doenças outras (AIDS, câncer, lepra). Assim sendo, a construção discursiva médica constitui um outro corpo de ideias constitutivo da prática discursiva das enunciantes sobre a percepção do adoecer.

Que outras idéias são constituintes das práticas discursivas das enunciantes sobre a percepção de si e da doença?

(E.02)

{...} O Lúpus apareceu em mim e eu vivo em pânico, pensando que vou morrer logo, que vou ser a próxima vítima. Lá no trabalho, quanto mais proteção me dão, é pior, me faz ficar mais doente (chora).

(E.09)

{...} Um dia eu estava no Banespa e um caixa disse: 'Mas, vc pode ter uma vida normal!' 'Por que vc está dizendo isso?' 'Fulano disse que vc está com Aids.' Ah! Por isso que quando minha tia fez uma festa pra mim ninguém foi, eu fiquei seca, pensavam que era Aids, lepra, preconceitos, ninguém visita, todos desaparecem.

(E.06)

{...} O povo fica dizendo que é câncer, minha sogra também diz, câncer de pele, câncer é Lúpus.

(E.01)

{...} Antes da doença tinha eu 75 (setenta e cinco) quilos, por causa do corticóide inchei tanto e hoje tenho 95 (noventa e cinco) e já cheguei a ter 103 (cento e três). Fiquei com o corpo deformado, a fisionomia, é um impacto muito triste (chora), fiquei um monstro.

(E.11)

{...} Fiquei uma monstra, deformada, larga nos ombros, nem me olhava no espelho.

(E.12)

{...} Meu corpo todo inchado, feio, eu era magrinha, agora estou com a barriga grande, tinha 50 (cinquenta) quilos agora estou com 70 (setenta), tenho tanta vergonha, tristeza, complexo, roupas bonitas, calça comprida, não posso mais vestir. Não fico mais de calcinha em casa, nem me olho mais no espelho. Só uso roupas folgadas, grandes demais, pra esconder meu corpo.

(E.04)

{...} Odeio provar roupa, aí me vi no espelho, eu só olho o rosto, aí nesse dia, 'Como estou magra!', antes era mais cheinha, fiquei arrasada.

Colocada a questão sobre a percepção de si e da doença, os extratos apontam para referências que identificam os meios pelos quais as mulheres constroem o processo perceptivo. Partindo de uma referência básica (normalidade), algumas construções discursivas são apontadas e, entre tantas, vamos nos deter em uma delas. Trata-se do discurso médico que estabelece o cerne de sua discussão em torno da idéia do normal e do patológico e, como desdobramento, configura a questão da cura. Este discurso, à luz dos estudos de Foucault, é analisado sob os auspícios do poder e, como tal, é um saber que prescreve ordenadores que definem o que é da ordem do normal e patológico.

De acordo com as referências, o discurso médico é constitutivo das práticas discursivas, não só devido à nomeação das doenças que são identificadas com o Lúpus, mas também pela referência à normalidade que, no campo médico, está associada à saúde em oposição à doença, condição de anormalidade.

Também relacionada à concepção de normalidade, são associadas noções de estética: beleza, magreza em oposição à feiura e gordura. Esse conjunto de indicadores sobre saúde e beleza são mediados pelo olhar do outro e convergem para um território comum: o corpo. O campo do olhar é o campo do imaginário, em que as mulheres capturam o olhar do outro em direção a si e à doença; é se vendo no espelho do olhar do outro, que constroem elas a imagem de si e da doença. A construção imaginária vai ser marcada pela dicotomia do normal e do anormal, conforme revelam os dizeres marcados pelo conector mas: “*Mas, você pode ter uma vida normal.*” A adversativa mas aponta para a situação atual de anormalidade provocada pela doença que, imaginariamente, constrói o olhar que a vê como portadora de Aids.

É para o corpo que converge o olhar do outro, construindo referências de admiração/ aprovação ou rejeição/censura, conforme estejam ou não de acordo com os padrões estabelecidos de normalidade. Em se tratando de corpo feminino, esse caráter normalizador se particulariza pelo atravessamento da feminilidade, que reserva às mulheres uma imagem de beleza de acordo com o discurso patriarcal da ordem de gênero. O Lúpus é uma ameaça ao ideal feminino de beleza, deformando suas portadoras: “corpo deformado”, “fiquei uma monstra, larga nos ombros”, “corpo todo inchado, feio”.

O processo relacional, em que o eu em interação com o outro introjeta /projeta olhares, caracteriza o registro imaginário na construção psíquica; é nesse sentido que o imaginário caracteriza a relação eu-outro, bem como serve de base para orientação das ações: se as mulheres se veem como portadoras de uma afecção estigmatizante, é de se

esperar da parte delas ações de ocultamento, sobretudo do corpo (“roupas folgadas”, “grandes demais, pra esconer meu corpo”), mas também de si (“nem me olho mais no espelho”, “Odeio provar roupa”).

As repercussões na vida atingem amplos aspectos, inclusive interferindo nas relações interpessoais:

(E.06)

{...} O remédio engorda, não queria engordar, não gosto das manchas no rosto, ficam dizendo que é câncer de pele, câncer é Lúpus. Não gosto mais de estar com as pessoas, me escondo de todo mundo, fico só em casa.

Os dizeres apontam para a adoção de práticas de ocultamento por parte das portadoras de Lúpus, seja ocultando o corpo atrás das roupas, seja se ocultando, tornando-se retraídas e evitando o convívio social (“Não gosto mais de estar com as pessoas, me escondo de todo mundo”). Um agravante a mais é a restrição ao sol e isso num país tropical como o Brasil, em que “estar bronzeado” é conotação de beleza e saúde.

Qual a direção desses dizeres que questionam o olhar do outro? A que destinatários se dirigem suas questões, nas referências de vida normal?

Como já afirmamos, a primeira das construções discursivas em que vamos nos deter diz respeito ao discurso médico; as referências às associações identitárias do Lúpus com outras doenças (Aids, câncer, lepra) apontam para esse discurso.

Para o corpo convergem os olhares, cujo fio constitutivo passa pela bipolaridade normal/patológico, ideia essa bem aproximada da concepção de Foucault, quando discorre sobre o saber médico n’ *O Nascimento da Clínica* (1963/1987a, p. 40): “Quando se falar da vida dos grupos e das sociedades, da vida e da raça, ou mesmo da ‘vida psicológica’, não se pensará apenas na estrutura interna do ser organizado, mas na bipolaridade médica do normal e do patológico.”

Anos mais tarde, em *Vigiar e punir* (1975/1987b), Foucault vai afirmar que, após o início da sociedade industrial, foram sendo instaurados dispositivos de poder, objetivando a disciplinarização e a normalização; desse modo, iam sendo forjadas as condições de emergência da sociedade disciplinar. Guiando esse processo, lá estavam os dispositivos de normalização, graças aos quais se dá a seleção entre entidades (pessoas, grupos, categorias, objetos, situações) ditas “normais” e “anormais”.

O entendimento da lógica constitutiva desse discurso aponta para uma concepção de poder como prática social historicamente construída; o alvo principal dessa prática é a ação dirigida sobre o corpo, pelo sentido que se atribui à normalização dos prazeres e da saúde. O olhar “microfísico do poder”, com seus dispositivos que se expandem por toda a sociedade, penetram na vida cotidiana em seus aspectos micro-relacionais; é assim que a mecânica disciplinar intervém materialmente, atingindo a realidade concreta do indivíduo, por meio de seu corpo.

Nessa perspectiva, o exercício do poder acontece no nível molecular, realizando um controle detalhado do corpo, estabelecendo padrões de normalização em aspectos vários do existir humano, como, por exemplo, no campo do saber sobre a sexualidade, normatizando os prazeres; no da saúde, normatizando o que seja da ordem do normal e do patológico.

Tomando-se o poder como uma rede de dispositivos e mecanismos da qual nada nem ninguém consegue escapar, o critério de sua eficácia produtiva é avaliada pelos efeitos resultantes no seu alvo principal: o corpo humano. Neste, o exercício disciplinar vai se efetivar, como já abordamos anteriormente, pela distribuição rigorosa do tempo, da organização do espaço, da produção de saberes e da vigilância ininterrupta de olhares invisíveis, ao ponto de o indivíduo adquirir de si mesmo a visão de quem o olha. É nesse sentido que se entende a concepção economicopolítica do corpo (anatomia política), em que dispositivos disciplinares engendram corpos dóceis e úteis.

Nos extratos anteriores, o modo como as mulheres percebem seus corpos e a si – deformados, monstro, monstra, deformada, larga nos ombros, inchado, feio – diz muito da projeção do olhar do outro construído a partir de práticas discursivas que estabelecem padrões de normalidade e anormalidade; entre estas práticas, o saber médico é um dos discursos que se fundamentam na ordenação do que seja normal e patológico.

Historicamente, a formação social do capitalismo industrial emergente constituiu o solo fértil, oferecendo condições materiais propícias para engendrar as bases dessa sociedade disciplinar; ao mesmo tempo, do ponto de vista ideológico, algumas construções discursivas funcionaram como o caldo de cultura propício à produção de saberes constituintes e legitimadores dessa nova modalidade de organização social. Entre elas, destacamos os saberes médico e psicanalítico, cada um deles e a seu modo, estabelecendo parâmetros de definição de normalidade/anormalidade.

Sobre o *saber médico* e sua relação com o dispositivo de normalidade, esses parâmetros se referem às fronteiras entre a saúde e o adoecer que, em fins do século XVIII, vai ser marcado pelo *Nascimento da Clínica* (1963/1987a); com esta, se impõe um caráter de cientificidade que passa a vigorar na Medicina. Fundamentando-se no empiricismo, o discurso médico vai sofrer mudanças radicais no seu procedimento, seja pelas novas formas de conhecimento (objetos, métodos, conceitos), seja na prática institucional, quando o hospital se torna espaço privilegiado de exercício da Medicina, mas também de ensino.

Essa mudança na experiência médica, como um novo parâmetro no proceder, tanto em nível do observável, quanto do discursivo, que vai caracterizar a clínica, é bem ilustrativa da mudança na forma de questionar os doentes; por ocasião da consulta médica, se anteriormente a abordagem acontecia com a questão *o que é que você tem?*, agora a abordagem se faz com *onde lhe dói?* (Foucault, 1963/1987a, p. XVIII). É notório como, a partir dessa pequena mudança na forma de questionar, muito se diz da nova forma do proceder médico, fortemente marcado por princípios empiricistas, pois, quando busca apreender *onde dói*, está buscando o dado material positivista, e

A partir daí, toda a relação do significante com o significado se redistribui, e isto em todos os níveis da experiência médica: entre os sintomas que significam e a doença que é significada, entre a descrição e o que é descrito, entre o acontecimento e o que ele prognostica, entre a lesão e o mal que ela assinala, etc. (Foucault, 1963/1987a, p.XVIII).

Os campos divididos do normal e do patológico, vinculados às concepções de positividade (referente ao que é da ordem da norma) e de negatividade, fundamentam esse emergente conjunto de conhecimentos médicos; o olhar clínico vai obedecer a códigos de saber vinculados à estrutura aleatória de casos e à estrutura lingüística: sintoma (a forma como se apresenta visivelmente a doença, sendo esta uma coleção de sintomas) e signo (olhar do sujeito cognoscente que anuncia, intervenção de uma consciência).

No que se refere ao Lúpus, vale ressaltar o que significa para as suas portadoras esse campo da sintomatologia diagnóstica. Tendo em vista o Lúpus ser uma doença sistêmica, os sintomas se manifestam de modo variado e isso resulta em: dificulta o diagnóstico, contribui para que o tempo despendido entre o surgimento dos sintomas

iniciais e a definição da doença demande um período longo e angustiante para as portadoras, numa longa caminhada até chegar ao diagnóstico.

Nesse processo de busca, passando de um médico para outro, num longo percurso de ensaios e erros diagnósticos, o saber médico, como dispositivo de poder, ocupa uma posição decisiva como força desencadeadora de sentimentos psicologicamente negativos. Os dizeres anteriores dão conta do que significam esses sentimentos – medo, tristeza, impacto, pânico, medo de morrer, autonegação. Nesse conjunto de sentimentos, não é só o olhar estigmatizante do outro, mas é negativo e ameaçador; o olhar de profissionais da saúde, vozes de sujeitos portadores de saber, também podem lhes causar pânico, conforme o dizer de uma enunciante, ao construir esse momento de passagem rumo ao diagnóstico:

(E. 07)

{...} Quando levei meus exames para o doutor e não deu Lúpus, ele disse aliviado:

– ‘Ainda bem que não é Lúpus!’

Dois meses depois, fiz os exames de novo e deu Lúpus. Já pensei que ia morrer, que era a próxima vítima.

Diante da voz médica sedimentada numa cultura somática que lhe atribui o lugar do saber-poder, as mulheres são posicionadas em patamares passivos, dependentes, e é nesse sentido que se posiciona, na relação médica, quem está no lugar de “paciente”: quem espera passivamente, com paciência.

Com base no dispositivo da AFD, ao se buscar em que direção se dirigem os dizeres das portadoras de Lúpus, constata-se que é para o sujeito que, socialmente, se supõe ser o portador do saber das doenças; para quem detém o poder de curar as anormalidades que enfeiam e deformam o corpo e apavoram a alma. No entanto, esta crença na possibilidade do alívio da dor nem sempre é correspondida; nem sempre o sujeito a quem se atribui o saber sobre as doenças está a ocupar este lugar; nem sempre surte o efeito de alívio esperado. Pode até acontecer que o efeito ansiogênico da dor propiciada pelo olhar do outro seja ampliado.

Corpo feminino: que lugar ocupa no processo de construção discursiva do adoecimento e que efeitos discursivos da “normalização” implicam para as enunciantes, no que se refere ao sentido da doença?

(E.14)

{...} Sempre gostei de desfilhar, com 5 (cinco) anos comecei a desfilhar (....) hoje mais não, me incomoda chamar a atenção, não quero aparecer, não gosto de ser destaque, ficar em evidência.

{...} Eu tinha 14 anos, eu era psicótica com esse negócio de regime (....) eu desfilava, era muito magra, *sempre* fui muito vaidosa. Quando a doença apareceu eu tinha 13 (treze) anos, fiquei horrível, toda inchada e quando voltei de São Paulo uma mulher disse: ‘E você não estava doente, gorda desse jeito?’ Isso é coisa que se diga com uma moça? É de matar qualquer mulher, porque toda mulher pensa em beleza o tempo todo, vaidade com homem nem tanto, mas mulher *sempre* é muito vaidosa.

As práticas disciplinares que tornam os corpos dóceis funcionam na medida que os submetem a padrões de normalidade; no caso do feminino, entre os padrões de normalidade construídos e alimentados é o da beleza que acaba sendo assumido pelas mulheres como da ordem do natural, bem como a vaidade – “ (...) toda mulher pensa em beleza o tempo todo (...) mulher sempre é muito vaidosa” . É disso que fala a enunciante, cuja naturalidade é marcada pelo dêitico *sempre*, efeito do discurso da feminilidade. Desde a mais tenra idade as meninas são socializadas tendo em vista valorizarem a beleza corporal e a sedução como pré-requisitos do “ser mulher”. Em sua discussão sobre gênero e narcisismo, Dio Bleichmar (1988, p.95) afirma que a mulher

Quanto mais bela, mais apreciada, mais amada, mais desejada. A menina descobre a admiração e os privilégios que obtém a partir da posse ou exploração de sua beleza muito precocemente, mas é somente à medida que sua graça como menina se vai eclipsando que crescerá nela a consciência do poder que possui como “futura bela mulher”.

Se na divisão social de gênero o poder masculino passa pela via do racional, o do feminino passa pelo dos afetos e também pelo corporal, pela via da sedução; é da mulher que falam as lendas e mitos sobre o feminino, que sabem fazer bom uso de seu corpo para seduzir e, nesse sentido, o corpo acaba funcionando como um instrumento de sedução feminina. E com isso, a vaidade: “Quanta mais bela, mais apreciada, mais amada, mais desejada.” É nesses termos que a enunciante afirma que “toda mulher pensa em beleza o tempo todo, vaidade com homem nem tanto, mas mulher é sempre



muito vaidosa.” Culturalmente, para serem femininas, são premidas a cumprirem com essas prerrogativas e isso implica estarem em dia com a moda, os artifícios de embelezamento e se enquadrarem nos modelos de beleza vigente.

No entanto, o Lúpus, uma doença crônica e estigmatizante, traz muitas limitações às mulheres, particularmente nesse aspecto das expectativas culturais sobre o feminino: as lesões cutâneas, por vezes irreversíveis, acomete o rosto; os efeitos colaterais das medicações provocam inchaço, aumento de peso, “cara de lua-cheia”, acne, achatamento vertebral, cifose, diminuição da altura.

Além das limitações impostas aos hábitos de vida, o medo da morte que ronda as portadoras de Lúpus é uma das marcas constitutivas do sentido da doença.

(E.01)

{...} Logo no começo da doença, fiquei com tanto medo, *até* do nome Lúpus. Que nome estranho! Lúpus? Que doença é essa que *até* o nome é feio?!

(E.02).

{...} O Lúpus apareceu em mim e eu vivo em pânico, pensando morrer logo, que vou ser a próxima vítima.

Nos extratos acima, destacamos as seguintes referências: medo, nome feio, doença feia, medo do nome, pânico, morte, morrer. No conjunto, constroem o sentido da doença como da ordem de um “pavor orgânico” e da anormalidade, seja em relação à saúde, seja em relação à estética; a anormalidade da feiura que se aloja no corpo pela feiura de uma doença é discursivamente sinalizada pelo marcador argumentativo *até* : doença feia designada por um nome também feio e que enfeia corpos e vidas, sempre ameaçadas pelo pânico e medo da morte.

Como já vimos anteriormente, o nome Lúpus foi cunhado por um médico, pela associação que fez entre as lesões na pele e as mordidas de lobo. Já nesse gesto, é possível identificar um traço generizado signifiante: *Lúpus*, designação da doença nomeada por um médico, por identificá-la com o lobo (animal feroz) que, no imaginário coletivo, ataca pessoas indefesas (avós doentes e meninas que não obedecem aos conselhos da mãe).

Desde o século XVII, a fábula de *Chapeuzinho Vermelho*, em suas diversas versões (Perrault, 1989; Grimm, 1994), vem sendo passada de geração a geração às

crianças e, apesar das variações, alguns traços se mantêm, como, por exemplo, a figura do lobo mau como personagem aterrorizadora.

Para além da representação simbólica no campo da sexualidade (a dupla Lobo mau *versus* Chapeuzinho), já amplamente estudado pela Psicanálise (Bettelheim, 1980; Corso & Corso, 2006), queremos nos deter mais precisamente na representação do lobo como figura que aterroriza e imobiliza as mulheres portadoras de Lúpus (vítimas da doença, “a próxima vítima”) diante do medo da morte.

Medo semelhante é também verbalizado por crianças portadoras de câncer quando, em “Oficinas de Contos de Fada” (Freyre, 2001), vivenciam com o conto Chapeuzinho Vermelho a oportunidade de falar sobre a idéia de morte através da figura do lobo. Essa ideia está presente no imaginário dessas crianças, diante da constatação de um mundo em que o outro condenado à morte pode vir a funcionar como a sua própria imagem no espelho, conforme afirma uma criança (Freyre, 2001, p. 24) – “Não gosto do lobo porque é muito mau e matou o Chapeuzinho (...) ele é mau, mata todo mundo. Eu tenho medo dele” –, numa clara identificação dela com Chapeuzinho e do lobo com a doença.

Para as mulheres, esse lobo/ Lúpus deforma-lhes o corpo, tornando-as *monstras*, faz perder a feminilidade, impingindo-lhes traços masculinos (*larga nos ombros*,) distanciando-as do espelho, espelho este tradicionalmente destinado ao narcísico olhar feminino, seja pelo discurso da feminilidade, seja pelo imaginário discursivo dos contos de fada: “Espelho, espelho meu, existe no mundo...mais bonita do que eu?”. A figura do lobo, como um enquanto personagem feroz e aterrorizante se atualiza não só no conto Chapeuzinho Vermelho, mas em outros mais – o dos Três Porquinhos, por exemplo – e, em todos mantém a sua função de ferocidade, ataque e maldade.

Além dos contos de fada, que no imaginário coletivo submetem o feminino à ferocidade do poder masculino do lobo, também o saber médico que cunhou a doença com um “nome feio” é atravessado pelo discurso patriarcal; foi com base no olhar dirigido às lesões na pele das mulheres que o médico nomeou a doença, associando-a com um animal macho e feroz.

Problematizando a questão discursiva nome *versus* coisa (o nome faz a coisa?), podemos questionar se o modo como as mulheres se veem (*monstras*, largas nos ombros, feias) teria, performativamente, alguma relação com a nomeação da doença, se passam a se ver com um olhar lupino. N’*O Nascimento da Clínica* (1963/1987a),

Foucault analisa um tipo de discurso: o da experiência médica com base em suas condições históricas. Nessa abordagem, ao tratar da formação do método clínico, destaca como o campo e o olhar estão ligados por códigos de saber e, entre estes, o da linguística do signo. É com essa perspectiva que Foucault explicita a emergência do olhar do médico em direção à doença, “que se apresenta ao observador segundo sintomas e signos.” (1963/1987a, p.101). Se os sintomas consistem na forma como se apresenta a doença, sendo constituído de significante e do significado, os signos, por sua vez, é o que a anuncia. Na verdade, ambos são (sintoma) e dizem (signo) a mesma coisa e é graças à intervenção de uma consciência que o sintoma se transforma em signo: as feridinhas no corpo das mulheres se transformam em “Lúpus”.

O que dessa discussão foucaultiana sobre a doença, à luz da linguística, interessa à nossa análise passa pelo sentido do ato de nomear, o sentido do nome atribuído a uma doença, os efeitos desse ato (nomeação Lúpus) e os efeitos de sentido que essa nomeação produz nas mulheres portadoras da doença. Ao tratar como o olhar clínico opera sobre o ser da doença, afirma Foucault que,

Compostas de letras, as doenças não têm outra realidade além da ordem de sua composição (...) a doença nada mais é que um nome (...) A doença, como o nome, é privada de ser, mas como a palavra, é dotada de uma configuração”.(1963/1987, p.135).

Ora, diante de uma manifestação patológica num corpo lesionado, estes sintomas-lesões recebem uma nomeação e, graças a essa intervenção, os sintomas se transformam em signo – Lúpus –, elemento significante que, desde então, passa a enunciar o “ser da doença”. Se a linguagem é a palavra das coisas e Lúpus passou a significar/nomear a doença, o que significa para as mulheres portadoras de Lúpus essa doença designada com o nome de um animal feroz?

Se, como diz Foucault (1963/1987a, p.135), “a doença, como o nome, é privada de ser, mas como a palavra, é dotada de uma configuração”, que configuração produz a palavra Lúpus, como nomeação de uma doença, para as suas portadoras?

Ao manifestar os efeitos da doença em seus corpos e sentimentos, as enunciantes expressam como essa configuração se delineia, pelo medo de uma doença, “que até o nome é feio”. Medo esse que também é corroborado pelo dizer médico –“Ainda bem que não é Lúpus” – diante dos exames que, num primeiro momento não confirmavam a

doença, só confirmada posteriormente. Esse tipo de reação por parte do dizer médico acaba por produzir um efeito discursivo iatrogênico nas pessoas enfermas.

Como vimos discorrendo, a abordagem dos Estudos de gênero que vem se dedicando ao adoecer feminino, fundamentada numa apropriação do conceito de poder de Foucault, concebe a relação das mulheres com determinados tipos de doenças como uma reação à feminilidade; nesse sentido, a doença tanto traz um sentido de submissão, como de protesto. Nos dizeres das mulheres, o medo da doença diante da ameaça da morte, parece submetê-las, reduzindo-as a uma condição de vítima, “a próxima vítima”. Mas, estes estudos também falam do sentido inconsciente da doença, como produzido de modo não intencional ou inconsciente pelo sujeito (Bordo, 1997).

Em relação às mulheres portadoras de Lúpus, como estes mecanismos produzem sentido?

{...} Eu tinha 14 (catorze) anos, eu era psicótica com esse negócio de regime.

Tive uma anemia, era minha mãe no meu pé pra eu comer, e eu só tinha essa história de regime na cabeça, nunca gostei de comer. Ficava sem almoçar, burlava a vigilância da minha mãe e da pior maneira possível a doença apareceu: com anemia.

{...} Eu desfilava, era muito magra. Quando a doença apareceu, fiquei com a vida muito limitada.

{...} eu tive uma hemorragia vaginal e gengival, coágulos grandes, minha ginecologista perguntou à minha mãe o tamanho e ela disse: ‘Quando ela soltar eu digo’. Eu soltei um coágulo na hora do banho e minha mãe disse: ‘É do tamanho de um feto de 5 (cinco) centímetros’.

{...} meu pai me levava no colo pra fazer xixi, ele tinha saído de casa e voltou pra casa, precisava alguém pra me carregar; eu perdi meu cabelo, peso (....) Eu me sentia mal fisicamente, deitada, perdi 10 (dez) quilos em um mês, nisso eu até que tinha gostado (ri) e fiquei com 50 (cinquenta) quilos. Vomitava, nada ficava no estômago, os médicos pensavam que era anorexia (....) os médicos diziam que eu teria 10 (dez) dias de vida no máximo, eu tive 84 (oitenta e quatro) dias de sangramento.

{...} um dia, minha mãe disse: ‘Quando minha filha fica com raiva, fica com uma mancha vermelha no rosto’. A médica pediu pra ela falar sobre essa mancha, fez exame e deu Lúpus.

{...} Sou muito quieta, minha mãe vive dizendo: ‘Vou mandar essa menina pra um psicólogo’ porque eu não quero namorar, pra não ficar presa a ninguém, nunca consegui passar três meses de namoro, tenho dificuldade, começo a acreditar na minha mãe, não aguento cobrança, a presença da pessoa me incomoda (....) ainda não tive experiência sexual, ainda sou virgem.

Chamamos a atenção, nos extratos acima, para as seguintes referências: 14 (catorze) anos, psicótica, regime, anemia, doença, vigilância, desfilava, era muito magra, vida limitada, hemorragia vaginal, ginecologista, feto, meu pai me levava no colo, 84 (oitenta e quatro) dias de sangramento, raiva, mancha vermelha no rosto, meu pai voltou a morar em casa, alguém pra me carregar, não quero namorar pra não ficar presa a ninguém, ainda sou virgem.

No conjunto, as referências apontam para uma série de construções discursivas (médica, psicanalítica, psicossomática, patriarcal, feminista) que, de certa forma, já vêm sendo analisadas no decorrer de nossa reflexão. Isso significa a possibilidade de leituras múltiplas; nesse momento, todavia, vamos nos deter em uma delas (na leitura feminista), embora estabelecendo relações com as demais, que lhe são constituintes, como, por exemplo: as do discurso médico (anemia, doença, hemorragia, ginecologista, médicos, anorexia, sangramento, Lúpus, doente); do discurso psicossomático (raiva, mancha vermelha no rosto, pai voltou pra casa (....) pra me carregar); do discurso psicanalítico (psicótica, psicólogo, vaginal, meu pai me levava no colo, não quero namorar, experiência sexual, ainda sou virgem). Os dizeres da enunciante, nesses extratos, funcionam como uma síntese do que viemos tratando anteriormente, na medida em que apontam para os discursos e o entrecruzamento deles na construção do Lúpus como um adoecer feminino.

Para o propósito deste item, vamos nos deter na construção discursiva do feminismo espontâneo, expressão que tomamos de empréstimo a Emilce Dio Bleichmar em sua obra *O feminismo espontâneo da histeria* (1988). Fundamentando-se numa análise de gênero, a autora situa a histeria (marco inaugural do nascimento da Psicanálise) como um lugar de conflito feminino, em que as mulheres, pela doença, expressam um protesto contra o lugar tradicionalmente a elas delegado: a de ser objeto

do desejo do outro. Nesse sentido, o sintoma histérico é lido como um produto da repressão do desejo sexual e, por meio dele, as mulheres reivindicam um outro lugar na trama das relações sociais: o de ser reconhecida como sujeito. Seria este o sentido das mensagens corporais; os sintomas histéricos fariam pela via do corpo daquilo que não poderia ser expresso pela palavra, já que, para o saber psicanalítico, quando a palavra não vem, o sintoma aparece.

No campo das condições de possibilidades do que pode ser dito pelo sujeito discursivo, as portadoras de histeria o diziam pela sintomatologia somática. O sentido das mensagens corporais seriam efeitos de uma cultura patriarcal que reprime o feminino, quando as mulheres, em protesto contra esse lugar atribuído, deixam de ser “femininas”, competem com o masculino e adoecem.

Além da histeria, outras patologias também vêm sendo objeto de estudos na questão de gênero, tecendo uma leitura similar das doenças em mulheres como manifestação de um conflito feminino, como é o caso das anorexia nervosa, agorafobia, neurastenia, bulimia. Partindo do mesmo princípio da doença como lugar de conflito, Susan Bordo (1997) trabalha a sintomatologia dessas afecções como uma textualidade e, apoiando-se em Foucault, analisa o corpo como metáfora (agente cultural) e local de controle social. É como um mecanismo de resistência a este controle que os corpos femininos adoecem, em protesto aos padrões de feminilidade impostos pela cultura. Nesse sentido que Bordo usa a expressão patologias de protesto.

Merece destaque nas duas expressões – feminismo espontâneo e patologias de protesto – o caráter inconsciente da prática desse tipo de patologia feminina, em que o motor que move o desencadeamento do processo é de ordem subjetiva; como bem o diz Bordo (1997, p.30), “sejam quais forem as condições sociais objetivas que ‘produzem’ uma patologia, os sintomas em si têm de ser necessariamente produzidos (embora de modo inconsciente ou não intencional) pelo sujeito”. Patologias femininas de protesto, portanto, trazem em seu bojo essa marca de ser inconsciente, não intencional; mesmo que as portadoras dessas patologias não recorram à voz da linguagem política, mesmo que o resultado dessas práticas lhes seja contraproducente, mesmo assim, se caracterizam como gestos de protesto. Sob um enfoque de gênero, essas patologias, entre tantas outras leituras possíveis (leituras múltiplas), são interpretadas como uma resposta à imposição cultural da feminilidade.

Tomando como referencial teórico tais estudos sobre o adoecer feminino, nesse sentido de resistência à feminilidade, buscamos identificar traços similares da

subjetividade das portadoras de Lúpus com as portadoras dessas patologias, que trazem a marca do feminino em sua manifestação e funcionamento. Embora pertencentes a categorias nosográficas patológicas distintas, há um traço comum que as une: o caráter de gênero, a base subjacente da construção subjetiva feminina. É esse o fio que costura, não só a variação de doenças acometidas em mulheres – que se tornam similares pela via do feminino – mas também campos de saberes diversos – que se encontram num ponto comum: o feminino.

Isso posto, retornamos às referências da enunciante, fazendo um recorte naquelas que entendemos serem construídas particularmente pelo discurso feminista espontâneo na interseção com os demais que as constituem. Tendo em vista uma aproximação de resposta à questão “Como é produzido o Lúpus?”, destacamos as seguintes referências: 14 (catorze) anos, regime, vigilância, desfilava, magra, vaginal, feto, meu pai me levava no colo, 84 (oitenta e quatro) dias de sangramento, não quero namorar, experiência sexual, virgem.

As referências acima remetem para análises de casos de anorexia (e alguns de histeria), cuja manifestação tende a ocorrer em jovens. No processo de construção subjetiva e ação (sentir, pensar e agir), a AFD também considera como fundamental as condições materiais que subjazem a essa construção; no caso do adoecer feminino, não só a faixa etária, mas também a estrutura familiar constituem elementos desse processo e nessa, pelo lugar ocupado pelas figuras paterna e materna.

Nos dizeres da enunciante, o acontecimento patológico é marcado por uma cena familiar: antecedido pela separação dos pais e retorno do pai, quando adoece; nessa construção, é devido à doença que o pai retorna para o lar, não propriamente para a mãe (moram juntos, mas continuam separados), e sim porque “precisava de alguém para me carregar, ajudar (....) meu pai me levava no colo para fazer xixi”.

Ao tratar da afasia e da perda de mobilidade na histeria, da incapacidade de sair de casa na agorafobia, os estudos sobre as patologias de protesto leem essa sintomatologia como uma textualidade – sabe-se das doenças pela manifestação no corpo e nos gestos – que fala de regressão, cujo sentido é a rejeição da ordem simbólica patriarcal. A mudez feminina, o balbucio, por exemplo, significariam um retorno à linguagem primitiva que, para a leitura de gênero, seria a condição da mulher silenciosa que não se queixa, e nós acrescentamos: a imagem de Amélia, a mulher de verdade.

Entendemos que essa regressão, no dizer da enunciante, poderia corresponder à relação estabelecida com os genitores: quando adoece, é levada no colo pelo pai; diante dos cuidados da mãe, burla sua vigilância e “ficava sem almoçar”.

Se a primazia de práticas disciplinadoras dos corpos, tendo em vista torná-los “submissos e exercitados, corpos ‘dóceis’ ” (Foucault, 1975/1987b, p.119), faz parte da concepção de corpo como biopoder, também o faz das patologias de protesto, bem como está presente nos dizeres da enunciante. Não só nesta, mas nas anteriormente abordadas, em que é significativa a incidência de exercícios físicos (*ballet*, natação, corrida, ginástica) no período que antecede o aparecimento da doença. Em algumas das enunciadas, os primeiros sintomas do adoecer surgem exatamente durante a prática desses exercícios; nestes, o destaque fica por conta do caráter excessivo do esforço corporal despendido, dando lugar à exaustão e funcionando até como uma forma de desafio. Com o aparecimento da doença, a prática desses exercícios cessa definitivamente.

Na contemporaneidade, a preocupação com o corpo, principalmente em relação ao peso, está começando cada vez mais cedo. Um estudo da Universidade Federal de Minas Gerais – “Avaliação da imagem corporal em crianças e adolescentes” – (Fernandes, 2007, p.49) mostra que 62% das crianças e adolescentes estão insatisfeitas com seu corpo. Para fazer frente às demandas de aperfeiçoamento corporal, as práticas de controle sobre o corpo vêm se disseminando rapidamente e muitas delas chegam a colocar em risco a própria saúde e a vida das pessoas. O excesso de exercícios físicos nas academias, dietas, cirurgias, ingestão de medicamentos para fins estéticos são alguns dos dispositivos atualmente em voga, tendo em vista moldar o corpo a determinados padrões culturais.

O público feminino, cada vez mais, vem se tornando presa fácil dessas prescrições e controles externos de sujeição que lhe disciplinam e normatizam. Com o passar do tempo, tais imposições são introjetadas como naturalmente próprias das mulheres; com o passar do tempo, passam a ser justificadas em nome de um padrão dito de normalidade feminina, como é o caso, por exemplo, da vaidade, pois “toda mulher é vaidosa”.

Padrões de normatização e disciplinamento do corpo, que estabelece o que é normal e patológico, são regidos por princípios que organizam o tempo e o espaço da vida das mulheres, impingindo-lhes uma (auto) modificação existencial. Essas atividades acabam sendo caracterizadas como práticas de feminilidade, podendo resultar



na debilitação físico-emocional e até na morte. Em relação particularmente à anorexia nervosa e bulimia, estudos (Bordo, 1996; Gergen, 1996; Wilkinson & Kitzinger, 1995) vêm mostrando como esse adoecer guarda estreitas relações com o feminino e resultam de mecanismos ideológicos que agem de modo eficaz e sutil.

A incidência da anorexia nervosa em mulheres não é um fato restrito à contemporaneidade, muito embora as taxas em jovens venham aumentando consideravelmente, muitas delas, com registros de mortes. Cunhada no século XIX, essa expressão sempre esteve associada ao feminino, bem como ao sentido de protesto e à sexualidade. O que os estudos vêm revelando é que a recusa do alimento resguarda, consciente ou inconscientemente, uma associação entre o apetite pela comida e o apetite sexual. No dizer da enunciante, no período que antecedeu o diagnóstico sua sintomatologia chegou a ser associada à anorexia nervosa, por uma médica que a acompanhava.

Nos dizeres, alguns traços próprios da anorexia estão presentes no surgimento do Lúpus, bem como na sua construção subjetiva; entre estes traços, destacamos a faixa etária e a relação estabelecida com a alimentação e a sexualidade (“dificuldade de namorar” (...) “não quero namorar”). Em ambas as relações (não comer e não namorar) se presentifica a figura da mãe vigilante (representação do feminino) intervindo, diante de situações de protesto por parte da filha, diante da alimentação e da sexualidade.

É nesse sentido que no adoecer feminino a doença funciona como uma escrita no corpo, como se a cultura se fizesse corpo e o corpo, um texto; tal escrita corresponde aos padrões de normalidade sobre o ser mulher, cujo modelo a ser seguido são as práticas de feminilidade, que normatizam o dever ser feminino.

No adoecer feminino e seus riscos, esta questão passa pela relação de (poder) gênero, que condiciona/subordina/aprisiona as mulheres num lugar de objeto (o outro) em relação ao sujeito, de acordo com o padrão de feminilidade culturalmente construído e imposto. Em função disso, direta e indiretamente, a normatização tende a se tornar danosa, já que prescreve o que seja normal generizadamente falando. E o corpo feminino, por sua vez, se torna presa mais fácil e dócil ao exercício do controle social, porque essas práticas fazem com que o corpo funcione como um instrumento de produção/ reprodução das práticas de feminilidade.

No que concerne aos pontos que destacamos nas práticas discursivas anteriores, buscamos relacioná-los com traços constituintes das patologias de protesto,

especificamente, com a anorexia. Outros traços também são de possível identificação, como por exemplo, a questão do espaço público e privado; como já abordamos anteriormente, essa questão constitui um dos arranjos dicotômicos de gênero, com o primeiro sendo identificado com o masculino e o segundo com o feminino.

(E.14)

{...} Sempre gostei de desfilhar, com 5 (cinco) anos comecei a desfilhar e meu pai dizia: ‘Essa menina vai me dar trabalho (ri muito), gosta de chamar a atenção’.

{...} Hoje mais não, me incomoda chamar a atenção, não quero aparecer, não gosto de ser destaque, não gosto mais de ficar em evidência.

No recorte discursivo acima, o recuo da enunciante se faz presente quando fala de sua retirada do espaço público (“não gosto mais de aparecer, chamar a atenção, ser destaque (...) ficar em evidência”); esse posicionamento, de certo modo, está em consonância com a negação das expectativas sociais, seja recusando a alimentação, (“nunca gostei de comer (...) Ficava sem almoçar”), seja pela negação da sexualidade (“não quero namorar, nunca consegui passar três meses de namoro, tenho dificuldade...”). Em todas estas situações, parece haver um sentido de protesto, embora, diante do olhar vigilante da genitora (‘Vou mandar essa menina pra um psicólogo...’), chega a ponderar (‘começo a acreditar na minha mãe’).

Um segundo traço a considerar nessa relação gênero e adoecer feminino, intrinsecamente vinculada à disciplina e ao aperfeiçoamento do corpo (biopoder), diz respeito à tentativa de assumir uma imagem de poder. No caso das patologias de protesto, funcionam elas paradoxalmente, jogando com mecanismos de poder, com a ilusão de se ser portadora deste: entram no mundo masculino através de práticas femininas.

Em relação à enunciante, essa postura aparece através de duas modalidades e ambas exigem um esforço desmesurado por parte da enferma: por um lado, a que se submete (“só tinha esse negócio de regime na cabeça, eu era psicótica com esse negócio de regime (...) Eu desfilava, era muito magra (...) com 5 anos de idade, comecei a desfilhar (...); e, por outro, a determinação para enfrentar as dificuldades advindas com o surgimento da doença, que parece funcionar como um desafio:

(E.14)

{...} Tive dificuldades com os diretores da Faculdade de Direito, onde estudei (...). passei a ser perseguida, andava de muleta, o corticóide necrosou a cabeça do fêmur que achatou e eles colocavam as aulas nos andares de cima e eu tinha que subir os degraus (...) ‘Pode deixar que eu aguento, eu aguento’ [...] 3 a 4 provas no mesmo dia e eu só dizia: ‘Eu aguento, me reprovaram numa disciplina por causa de 2 décimos na média, fiz questão de fazer tudo de novo, eu agüento, fiz e passei.’

Nas práticas discursivas acima, observa-se uma dupla cena: uma primeira, configurada pelo sentimento de perseguição (por parte dos diretores, figuras masculinas) a uma figura feminina, frágil e enferma; a segunda, o ato do enfrentamento, apesar da fragilidade, que se caracteriza como da ordem de uma demonstração de poder, muito aproximado das virtudes ditas masculinas – autocontrole, domínio, autodeterminação, força – e identificadas como da ordem do exercício da vontade de poder, no espaço público ( “Eu aguento...” ).

Nesse cenário, a enunciante parece ser porta-voz de algumas dicotomias – Lobo *versus* Chapeuzinho Vermelho; masculino /atividade *versus* feminino/passividade – em que ela, num confronto, tenta mudar as regras do jogo, rompendo com o mito da passividade feminina. Nessas dicotomias, também parece se fazer presente a questão da sexualidade na sua relação com o adoecer feminino, cuja negação (sexualidade) pode apontar para uma resistência à feminilidade e esperada condição feminina: “Vou mandar essa menina pra um psicólogo”, porque não quero namorar, pra não ficar presa a ninguém (...), “ainda sou virgem”.

Retomando o que discutimos anteriormente sobre as patologias de protesto, a disciplina de aperfeiçoar o corpo como um objeto, por parte das mulheres, faz com que elas se desconstruam (como femininas), encarnando valores masculinos, e com isso vivenciam uma experiência libertadora, ilusoriamente libertadora. Com essa prática, acabam por servir a uma ordem social que valoriza o exercício da vontade (poder) – “Eu aguento, fiz e passei...” –, pela ética e estética do autodomínio, da transcendência, do poder sobre as próprias limitações. No caso da anorexia, por exemplo, pode levar as mulheres a perderem as formas femininas, porque despreza os seios, o corpo curvilíneo de fêmea que, de acordo com o padrão androcêntrico de competência, tende a ser desvalorizado.

Em relação à enunciante portadora de Lúpus, a referência à posição feminina parece estar associada à manifestação da doença, por meio de uma “hemorragia vaginal (...) de coágulos grandes (...) do tamanho de um feto de 5 (cinco) centímetros”. Essa mesma jovem mulher que “não namora”, manifesta a doença por vias eminentemente femininas, pela concretude somática (o real do corpo) simbolicamente feminina: útero, sangue, vagina, mancha vermelha no rosto; essa mesma jovem, que tenta manifestar adultez (enfrenta diretores da Faculdade, num Curso de Direito, eminentemente masculino), também tem atitudes de regressão: mesmo reconhecendo que correu risco de vida, com “84 (oitenta e quatro) dias de sangramento (....) perda de “dez quilos em um mês (....)”, chega a afirmar, rindo: “ (...) nisso, eu até tinha gostado, fiquei com 50 (cinquenta) quilos.” Esses traços enunciados apontam para o caráter contraditório da manifestação patológica concebida como patologia de protesto.

O Lúpus, enquanto patologia e forma de adoecer, resguarda assim um sentido: parece que, diante da feminilidade imposta, funciona ele como uma “solução”, mesmo que seja contraditória, pois continua a enunciante amordaçada e presa ao papel feminino: reprodutora do dócil corpo de menina (no colo do pai), sendo vigiada pela mãe e incapaz de realizações afetivas, no sentido de vencer sua relação com o lugar de mulher; embora atuando em alguma esfera de vida como adulta (estudante do Curso de Direito e enfrentando dificuldades), permanece, porém, noutro lugar, um lugar de protesto: recusando o alimento e a sexualidade, ao tempo que trata o corpo de modo infantil, seja pelo excesso de exercícios disciplinares, seja pela inconsequência de arriscar a vida. Esses dizeres construídos a partir do feminismo espontâneo resguarda ligações com o discurso psicanalítico (sexualidade e adoecer) e com o psicossomático (emocional que fala dos sentimentos de raiva, separação, perdas, apelo *versus* o sentido do adoecer).

Nesse lugar de portadoras de uma doença com traços de protesto, o posicionamento do sujeito discursivo é marcado por ambiguidade e contradição; estas marcas são próprias de uma cultura também ambígua e contraditória, que dirige às mulheres exigências dicotomicamente contraditórias: ao mesmo tempo que lhes aponta o ideal de feminilidade inserida no interior da domesticidade familiar (esposa, mãe e dona-de-casa, controle da sexualidade), também, engrandece e privilegia o espaço público masculino (virtude do autocontrole, domínio, calma, a ética e estética da transcendência dos sentidos).

Inseridas nesse contexto de valores controversos, as práticas das portadoras de Lúpus também são marcadas pela contradição (reco e protesto), visto que são estas as possibilidades de ação que lhe são oferecidas. É a partir desse quadro, com as possibilidades de ação também contraditórias, que o posicionamento como sujeito discursivo dizem ora da regressão/acomodação do lugar feminino de passividade (Amélia); ora de rebeldia, enfrentando situações: “Pode deixar que eu aguento (....) fiz questão de fazer tudo de novo, fiz e passei.”

Na luta contra o lobo, ora vem à tona a menina assustada que, num protesto, ousa desobedecer às ordens/expectativas da mãe (burla a vigilância e não come, não namora); ora vem a Amélia, que segue os padrões normativos da dependência/fragilidade do ser mulher. As relações de poder da ordem patriarcal de gênero estão postas com o seu traçado da feminilidade a ser cumprido pelas mulheres; essas relações correspondem às condições objetivas da relação de poder, caldo de cultura propício para a produção de patologias de protesto. Como estas vão se manifestar e em quem, vai depender das condições subjetivas de cada mulher. É disso que fala a indeterminação da AFD, bem como o mecanismo inconsciente psicanalítico, em que tanto os sintomas como os fenômenos psicossomáticos são inconscientemente produzidos pelo sujeito.

Marcada pela convivência e resistência, a sintomatologia das patologias de protesto feminino, para Bordo (1997), é produzida inconscientemente pelo sujeito, sejam lá quais forem as condições “objetivas” de poder. Continuando, afirma a autora (Bordo, 1997, p. 30), que “o corpo precisa se tornar investido com significados de vários tipos. Somente examinando esse processo “produtivo” por parte do sujeito (...), podemos ver como os desejos e sonhos do sujeito tornam-se intimamente ligados à matriz das relações de poder”. E, conforme a reflexão desenvolvida no decorrer de nossa análise, em relação ao feminino, esse poder é particularmente marcado pelos afetos: o poder dos afetos.

### *3.4 Submissão, Culpa e Perdas em Mulheres: Lúpus, um Adoecer Feminino*

Vimos anteriormente, com base nos três eixos temáticos – trajetória pessoal e familiar, surgimento da doença, percepção de si e da doença – como as mulheres portadoras de Lúpus constroem o adoecer. Nesse item, discutiremos os resultados a que

chegamos relacionando-os com os pressupostos que guiaram a análise, particularmente o que concerne à relação entre adoecer em mulheres e a construção subjetiva feminina.

Em torno de cada tema apresentado trabalhamos as construções discursivas que produziram sentido nos dizeres das enunciantes, referências estas que apontaram o posicionamento do sujeito discursivo e o destinatário para quem se direcionavam seus dizeres, bem como as possibilidades de suas ações.

Em relação ao primeiro eixo temático, a construção do sentido da trajetória pessoal e familiar é marcada pelas referências às figuras masculinas ou suas representantes, veiculadoras da ordem patriarcal na submissão do feminino; nesta, o foco principal de controle é dirigido para o corpo, mais especificamente para a sexualidade, mantida sob vigilância, pelo controle exercido sobre o espaço, o tempo e as atividades das mulheres.

O poder de controle patriarcal, que submete o feminino à lei do pai, funciona com dispositivos de ordem disciplinar e, nas práticas discursivas das enunciantes, se presentificam através das autoridades familiares masculinas e femininas, bem como religiosas e artísticas, todas empenhadas em moldarem Amélias, pelas práticas de feminilidade. São estas que acabam por moldar a subjetividade feminina, em seu modo de ver e estar no mundo. O efeito de sentido ideológico dessas práticas faz com que o poder resultante historicamente de um pacto entre homens seja tomado como da ordem do natural e, como tal, é justificado, porque “quando homem fala mulher deve baixar a cabeça”.

A referência ao escondido, que se presentifica com frequência nas práticas discursivas, aponta para o sentido de que o poder exercido nem sempre resulta em Amélias, sobretudo em relação à sexualidade, apesar da submissão imposta ao feminino pela lei do pai. As implicações do sentido à prática de burlar este controle e vigilância vão aparecer nas referências sobre o surgimento da doença, o segundo eixo temático de análise. Neste, a referência ao escondido, além de associado à sexualidade, também se refere à doença e esta é marcada pelo sentido de pecado e culpa. Num resgate da memória discursiva de outras doenças – a lepra, por exemplo, e também a Aids e o câncer –, o Lúpus é significado de modo estigmatizante, como uma doença que pega e por isso as pessoas se afastam e as suas portadoras precisam escondê-la/esconder-se (por detrás das roupas ou em casa).

Duas construções de sentido para o adoecer: uma primeira, sobre o pega da doença, que também implica uma conotação de gênero, quando se refere ao sentido da

moral sexual (“em homem pega nada”); uma outra, sobre o surgimento da doença, quando esta funciona como um divisor de águas: o antes (no espaço público de trabalho, diversão, atividade e prazer) e o depois (afastamento do espaço público, dores e limitações). A uma vida participativa e de prazeres, sucede-se uma de recolhimento e afastamento do mundo e daí ser possível pensar nos preceitos do discurso religioso ocidental cristão e a trajetória humana; de acordo com este discurso, a dor e a doença aparecem associadas a práticas pecaminosas de desobediência, principalmente relacionadas à sexualidade. Em relação ao feminino, uma implicação dessa mudança de vida é o sentido do retorno das enunciantes – mulheres que estavam na vida pública – para o interior do lar (lugar do feminino) em decorrência do adoecer, muitas delas respondendo ao desejo do outro (masculino).

Diante do sofrimento ocasionado pela doença, a pergunta “Por que comigo?” remete para um sentido de culpabilidade que, em relação ao feminino, historicamente vem se presentificando no imaginário coletivo; essa associação da culpa com o feminino ressoa na vida das mulheres pelo efeito de verdade que produzem. Nos dizeres das enunciantes a culpabilidade é sinalizada, entre outras modalidades, pelas questões do tipo “Por que comigo?” “Por que eu?”, bem como quando apontam para a possibilidade que talvez sejam merecedoras do sofrimento e, portanto, da doença.

Do ponto de vista da relação entre condição de doente e culpa, questionamos: como superar as limitações do adoecer e contribuir para o tratamento e melhora da qualidade de vida e da saúde, já que se percebem como merecedoras de tal condição?

No terceiro eixo temático, o sentido da percepção de si e da doença é construído pelas enunciantes marcado por referências aos afetos que, na construção subjetiva das mulheres, constitui a marca registrada do feminino; na divisão dos poderes de gênero, o poder dos afetos constrói as mulheres desde a mais tenra infância. No decorrer da trajetória existencial, pelas práticas de feminilidade, este poder tende a reger seus passos e escolhas, bem como a condição do adoecer. As referências ao sentido das perdas são constituintes do modo como as enunciantes percebem a doença e os acontecimentos emocionais de rupturas, como associados ao surgimento da doença. Estas referências apontam para a construção discursiva psicossomática, na qual as enunciantes vão se apoiar para construir o sentido do adoecer, uma condição de anormalidade, seja em relação à saúde, seja à estética.

A partir do espelho do olhar do outro, as enunciantes constroem a percepção de si e da doença: uma doença feia (“que até o nome é feio”) que as enfeia e à vida, ao

ponto de se esconderem, não só dos outros, mas também de si, ao se privarem de se verem no espelho. O sentido da vaidade feminina construída como algo da ordem do natural, porque (“toda mulher é sempre muito vaidosa”) é mais uma construção das práticas de feminilidade com que a doença atinge as portadoras de modo grave, marcando-as no rosto: um doença feia, com o nome feio e que as deixa feias.

O sentido da feiura conotado no nome Lúpus, além das marcas no corpo, impinge também um sentimento de medo: medo da morte em consequência da doença. Este medo parece ser também compartilhado pelos detentores do saber médico; pela via da cultura somática, que atribui poder a quem controla o saber, o posicionamento de quem adoece é de paciente, isto é, sofredor (o termo latino *patiens*, participio passado do *pati*=sofrer). Diante do detentor desse saber, que anuncia “ainda bem que não é Lúpus”, o medo se amplia pela conotação que é atribuída à doença.

As referências apontam para o sentido do posicionamento feminino, seja como mulher, seja como paciente, ambas posições marcadas pela submissão. Há também um outro sentido nas práticas discursivas que constroem a doença como um apelo (“Olhem pra mim, prestem atenção em mim”), uma fala de apelo que parece chamar a atenção para esse lugar de submissão.

É nessa direção que é possível identificar traços presentes no sentido construído sobre o Lúpus pelas enunciantes com as patologias de protesto, funcionando assim como um feminismo espontâneo, diante do conflito estabelecido entre as mulheres e as práticas de feminilidade. Como duas faces de uma mesma moeda, contraditoriamente, a doença tanto expressa um modo de resistência, como de recuo; mesmo como uma expressão contraditória, não deixa de funcionar como uma espécie de “solução” possível diante de uma condição: a condição feminina.

Na busca de identificar possíveis pontos de encontro e desencontro entre o Lúpus e as doenças femininas, vemos por um lado que se situam em categorias nosográficas distintas, visto que, no CID, o Lúpus está situado entre as doenças autoimunes; por outro lado, no entanto, para além dessa diferença, as doenças autoimunes e as estudadas como patologias de protesto feminino são marcadas por um traço comum: o conflito entre as mulheres e as práticas de feminilidade e o adoecer como uma “solução” possível.

Pontos comuns, para além das diferenças, também vão emergir entre os campos dos saberes que se preocupam com o adoecer; nesse sentido, é importante retomar o



*complexus* (em que tudo é tecido junto), assim como a imagem da tessitura, de fios e de teias, de rendas e de redes, que abordamos na introdução desse trabalho.

Nesta ocasião, destacamos como relevantes os seguintes pontos: na configuração do objeto de análise (o sentido do Lúpus para as mulheres portadoras dessa afecção e as implicações com a subjetividade feminina), contamos com fios de saberes que foram entrelaçadamente tecidos juntos numa rede/renda discursiva; o Lúpus em mulheres, sob o ponto de vista de uma construção discursiva do adoecer, mantém fios enredados com a feminilidade; o processo do adoecer, além das condições objetivas de poder, é produzido, inconscientemente, pelos sujeitos; nesse processo produtivo, a doença fala de uma inscrição: a inscrição dos afetos no corpo.

### *Da Rede/Renda Tecida e de Outras Tessituras*

El conocimiento feminista transforma las heridas en instrumentos de cambio.  
(...) Al conocimiento sexista se le opone el no-sexista (no confundir esto com uma vuelta de tortilla), se redefine la totalidad. (Kirkhood, 1987, p. 134).

Todas y todos realizamos un intenso trabajo clínico y estamos em contacto con los fantasmas fundamentales, y simultáneamente, intentamos modificar los mitos o *inventar la niña*, como bien propone Ana Maria Fernández. (Dio Bleichmar, In Burin e Dio Bleichmar, 1996, p. 19).

O trabalho do psicanalista não consiste em descobrir uma verdade pré-existente sobre si e comunicá-la, mas em possibilitar que ele construa uma história nova para si mesmo (...) ‘Nunca é tarde para se ter uma infância feliz.’ (Kehl, 1996, p. 198).

Na Introdução desse trabalho, começamos falando de fios e de teia, de rendas e de redes, por entendermos que a construção do conhecimento é da ordem de uma tessitura, em que tudo é tecido é junto. Além de nossa adesão à leitura epistemológica do *complexus*, teias e tessituras também estão coladas ao imaginário coletivo feminino.

No percurso rumo à apreensão do sentido do adoecer pelas mulheres portadoras de Lúpus, os dizeres nos remeteram para construções discursivas; nestas, um entrelaçamento de fios de saberes teceram a teia/renda discursiva caracterizando essa

afecção como um adoecer feminino. Dessa tessitura, resultante de nosso olhar guiado pelos Estudos de gênero dialogando com outros saberes, dois fios perpassaram o tecido discursivo, costurando e amarrando-o em pontos fundamentais. Um primeiro, consiste no fio da palavra, instrumento de mudança, seja para os Estudos de gênero (que entende o feminismo como um conhecimento que “transforma las heridas en instrumentos de cambio”), seja para o saber psicanalítico que, na sua interlocução com os Estudos de gênero, intenta “modificar los mitos o *inventar la niña*” porque “Nunca é tarde para se ter uma infância feliz”.

O segundo fio, o do ato criativo. Tendo como suporte a palavra, esse fio tece transformações na letra e na vida. O poder criativo do tear imaginário, que possibilita à “moça tecelã” (personagem de Colasanti) pela tecedura, tecer imaginariamente uma nova vida, é transformador também para a autora, pela tessitura da palavra. A tecelagem é uma imagem feminina, em que mulheres fiam e desfiam, ligam e desligam.

A imagem da tecelagem como ato criativo é também associado ao que acontece, no mundo animal, à teia de aranha; buscando explicitar a particularidade do ato criativo nos humanos – que Marx designa como trabalho (1890/1975, p.202) – se vale o autor das imagens da aranha e sua teia, da abelha e sua colmeia:

Pressupomos o trabalho sob forma exclusivamente humana. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão. E a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colmeia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade.

Além do ato criativo, um outro ponto que destacamos nas letras de Marx é o lugar do projeto que antecede os atos humanos, distinguindo-os da criação animal. Esse ponto faz a diferença, porque é graças a ele que se pode transformar “heridas em instrumentos de cambio”; se pode “*inventar a niña*”; se pode “ter uma infância feliz”.

O ato criativo, que mobiliza as mudanças no âmbito individual ou coletivo, implica a construção de projetos e estes são construídos pelo fio da palavra.

O ato criativo desencadeia a possibilidade de construir novos arranjos sociais, seja pela criação de tessituras e teceduras como faz Colasanti e a “moça tecelã; seja pela criação de uma “estilística da existência” como diz Birman (1996), com abertura de novos destinos à pulsão; seja pela conquista do *falo da fala* como diz Kehl (1996, p.65), “preparando caminho para nossa própria existência, criando a possibilidade de

inscrever no inconsciente da espécie, nem que seja daqui a duzentos anos, os signos de nossa subjetividade”. Ao abordar a condição das mulheres, Kehl avalia os valores fálicos em nossa cultura e entende que elas se tornaram capazes de amar e trabalhar; no entanto, ainda não sabemos simbolizar essa revolução na natureza humana porque isso acena para a necessidade de retrair novas vias de circulação desses valores vigentes. Entendemos que esse “retrair” aponta para a descoberta de novos caminhos e, como tal, constitui também um ato criativo.

Portanto, os fios da palavra que possibilitam a criação de atos humanos criativos transformadores implicam que se considere a totalidade que constrói o humano. Em nossa análise, esse dado se presentificou no sentido como as mulheres portadoras de Lúpus construíram o adoecer. Isso remete para o pensamento complexo que, muito mais do que uma proposta metodológica, “é uma maneira de ver o mundo, de pensá-lo, de se repensar a si próprio.” (Morin, 2000, p.192).

Eis, portanto, a leitura que fazemos do Lúpus em mulheres: um adoecer marcado pelo confronto das mulheres com a feminilidade, em que a doença funciona como a inscrição dos afetos no corpo. Nossa leitura é um modo de ler essa realidade e, como diz Zima (1983, p.90), “uma construção possível da realidade não é mais que uma construção possível e outras construções da mesma realidade são concebíveis e elas existem.”.

Esta é a nossa, construída pelo fio discursivo do olhar de gênero dialogando, num *complexus*, com outros fios, cujo resultado foi entender como o Lúpus acomete mulheres como uma “solução” possível para seus dilemas no feminino. Uma saída possível, uma “solução” contraditória mas, mesmo assim, uma “solução”. De nossa leitura, uma possível entre outras, a tessitura que nomeamos como “Lúpus em mulheres e a construção discursiva da doença: a feminilidade e o adoecer feminino como uma inscrição dos afetos no corpo”.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta do presente trabalho consistiu na análise discursiva do sentido do adoecer para mulheres portadoras de Lúpus. A seguir, apresentamos as considerações finais a que chegamos, comentando-as em duas partes: uma primeira, que corresponde a proposições interpretativas decorrentes do processo de análise; e uma outra, que consiste em recomendações sobre propostas a serem concretamente realizadas, como possíveis contribuições a pessoas, grupos e instituições relacionadas com o tema de análise.

### *Implicações do Feminino no Adoecer de Lúpus*

A proposição inicial que norteou nosso processo investigativo girou em torno da busca de apreender o sentido do Lúpus para as mulheres portadoras dessa afecção e as implicações desse adoecer com a construção subjetiva feminina. Chegando à etapa de finalização, avaliamos que o adoecer de Lúpus guarda uma estreita relação com essa construção subjetiva. No que se refere ao posicionamento discursivo das mulheres, entendemos que seus dizeres apontam para a construção discursiva da ordem patriarcal de gênero, em que são produzidas e reproduzidas as práticas de feminilidade.

Em função disso, de acordo com as práticas discursivas enunciadas pelas mulheres, o Lúpus se caracteriza como um adoecer feminino em que os afetos são inscritos no corpo, considerando os seguintes pontos:

- As mulheres constroem suas trajetórias de vida e familiar marcadas pelo sentido da submissão à lei do pai. Esta se fundamenta numa moral sexual de gênero centrada no controle da sexualidade feminina e isso tem implicações no adoecer. Entre as referências que apontam para esse dado, destacamos: o surgimento da doença como um divisor de águas, entre um tempo antes da doença (vivência participativa e prazerosa) e um tempo depois (dores e sofrimento); o sentido do surgimento é construído tendo como suporte uma tríade associativa (doença – castigo – culpa), em que a marca da culpabilidade é sinalizada por questões do tipo “Por que eu?”, “Por que comigo?”; a associação do Lúpus com outras doenças (lepra, câncer, Aids), que trazem também a marca discursiva religiosa de pecado e castigo. Diante desses pontos, atentamos para implicações do feminino com o adoecer e os

- Outro dado que remete para o feminino diz respeito à questão das perdas relacionadas com o estresse, desencadeador de doenças autoimunes. Entre estas, o Lúpus é considerado o protótipo. Um indicador feminino nesse desencadeamento é o fato de as mulheres, na divisão social de poderes de gênero, estarem enredadas com o poder dos afetos; em função disso, as práticas de feminilidade marcam o modo feminino de sentir, pensar e agir. Sendo o Lúpus uma doença multifatorial, o emocional constitui um desses fatores que contribui para a manifestação da doença, caracterizada como uma afecção psicossomática. Outro traço característico é ser significativamente incidente em mulheres e nestas, o estresse, em regra, é desencadeado por situações de separações e perdas afetivas (poder dos afetos). Isso posto, é possível caracterizar o Lúpus como um adoecer feminino.
- O Lúpus, desde sua denominação, desencadeia nas mulheres um sentimento de medo e pavor orgânico; essa condição fragiliza as mulheres de vários modos: pelas lesões somáticas que atingem qualquer área do corpo, inclusive o rosto, agravando ainda mais a difícil relação com a doença; pelo medo advindo da condição de adoecimento e da morte, que pode ser agravado pelo olhar do outro, inclusive profissionais da área médica, cujo discurso, por vezes, produz nas pacientes um efeito ansiogênico. A cultura somática, que estabelece o lugar do saber médico como de poder, em oposição ao de não-saber da paciente, afeta o posicionamento discursivo das mulheres, agravando esse lugar de dependência feminina. Isso, em consequência, repercute negativamente na condição emocional, na relação com a doença e evolução do tratamento.

### *Recomendações*

Apresentamos a seguir algumas recomendações dirigidas especificamente a pessoas, grupos, instituições, movimentos sociais que trabalham com temas relacionados ao Lúpus em mulheres. À guisa de sugestões/propostas de enriquecimento

do tema, tendo em vista contribuir, entre outros aspectos, para qualidade de vida, da saúde e produção do conhecimento, recomendamos:

- Numa perspectiva de género, realização de pesquisas com outras doenças reumáticas autoimunes com caracterísitca similar ao Lúpus: incidência significativa em mulheres. O objetivo dessas pesquisas seria direcionado para a produção do conhecimento no campo da saúde, tendo em vista o diagnóstico e o tratamento, mas também para a intervenção social. Sabe-se que, para algumas doenças, registros médicos já têm documentado o quanto pacientes bem informados sobre suas enfermidades evoluem mais satisfatoriamente, comparados a outros que desconhecem a história e o funcionamento da doença, bem como as estratégias terapêuticas mais indicadas para lidar com o adoecer. Tais pesquisas produziriam efeitos de mudança na cultura somática, incluindo ativamente as pessoas enfermas no tratamento, conhecendo, participando e até auxiliando na escolha dos procedimentos; justifica-se a inclusão das pessoas enfermas nesses procedimentos, já que são elas as mais interessadas e beneficiadas com os resultados positivos advindos nessa nova relação: profissionais da área médica *versus* pessoas enfermas. Um empreendimento dessa natureza corresponde ao desenvolvimento de trabalho educativo e/ou re-educativo com os sujeitos implicados nessa relação;
- Inserção de profissionais com olhar feminista em equipes interprofissionais de saúde, tendo em vista contribuir com os Estudos de género (como a questão do masculino/feminino vem sendo trabalhada na saúde) e implementar mudanças nas relações de poder: na área da saúde, entre profissionais da área médica *versus* pessoas enfermas; nas relações familiares, entre as mulheres portadoras de afecções *versus* companheiros e familiares. Esse empreendimento também significa uma proposta educativa/re-educativa com os sujeitos envolvidos nessas relações. Entendemos por educativas as atividades que contribuam para repensar/reconstruir condutas e práticas discursivas, tendo em vista superar relações que impinjam submissão/negação do outro. Nas relações de género, a regência de valores androcêntricos; na relação médica, a cultura somática que tende a estabelecer uma relação de poder em relação aos sujeitos supostos detentores do saber

científico, em detrimento de pessoas enfermas que, em regra, não são escutadas, mas tão-somente auscultadas.

Programas educativos da área médica podem ser vistos sob dois ângulos: aqueles que têm investido na educação das pessoas enfermas e aqueles que reconhecem a importância de um processo re-educativo direcionado para relação médico *versus* paciente. O primeiro tipo já vem sendo implementado e com ganhos positivos e de longa duração, na medida em que tem aberto espaço para participação ativa das pessoas enfermas. Em se tratando de doenças reumáticas, em que a origem é desconhecida, a cura improvável e o prognóstico incerto, é responsabilidade do sistema de saúde a implementação de projetos educativos, preparando as pessoas para enfrentarem as consequências físicas, emocionais e socioeconômicas da doença. Em Reumatologia, a abordagem educativa (um adjuvante ao tratamento padrão) tem se mostrado como um recurso efetivo, buscando a adesão das pessoas enfermas ao tratamento, orientando-as em relação a: aspectos gerais da doença, tratamento medicamentoso, exercícios, dietas, controle da dor, relaxamentos, entre outros.

Os mecanismos de ação dos programas educacionais determinam benefícios às pessoas enfermas com informações sobre a doença e retenção do conhecimento no que se refere ao funcionamento, cuidados, benefícios resultantes da adesão ao tratamento e a mudanças no estilo de vida; autoconfiança na habilidade de enfrentar o adoecer; suporte social, desde que, se os espaços institucionais apóiam atitudes positivas em relação à doença, poderão melhor lidar com os sintomas.

Os benefícios de um trabalho educativo são inúmeros e, entre eles, a melhora dos sintomas e o aspecto emocional, visto que o conhecimento sobre as consequências potenciais da doença/tratamento contribuem para a redução da ansiedade e nos ajustes para organizar um estilo de vida com qualidade. Além dos benefícios das pessoas enfermas, há também os de ordem financeiro-institucional, porque os programas educacionais têm se mostrado capazes de reduzir os custos do sistema de saúde, pela diminuição da necessidade de medicamentos, do número de visitas aos profissionais de saúde, do uso de serviços hospitalares, entre outros.



No entanto, pouco se tem investido no segundo tipo de programas educativos, direcionados para mudanças na relação de poder e na cultura somática. É esse espaço que a proposta feminista teria que ocupar, implementando na área de saúde programas educativos com um enfoque de género, especificamente, direcionamentos para a relação de poder, para a construção de uma mentalidade de saúde e cidadania. Sendo esta entendida sob um enfoque de direitos, responsabilidades compartilhadas, participação ativa, práticas efetivas, o fenómeno adoecer sai do âmbito individualista e assume uma conotação sociopolítica. Isso tem a ver com o que o movimento feminista entende por empoderamento, em que as mulheres, apesar da ideologia patriarcal, reagem e resistem aos padrões impostos, seja no âmbito das relações pessoais, seja institucionais.

No campo da saúde, a construção de espaços em que as mulheres portadoras de doenças ditas femininas possam se organizar para conhecer não só o processo do adoecer, mas também as implicações da subjetividade nesse processo; possam se inserir em projetos e programas sociais de saúde, como sujeitos repassadores de saberes; possam adquirir, com base no conhecimento apreendido sobre a doença e suas articulações com a subjetividade, controle sobre o próprio corpo. Todos esses passos têm a ver com empoderamento, ou seja, o poder como um dispositivo que contribui para o crescimento pessoal e transformações nas relações sociais, seja no espaço privada, seja na vida pública.

O maior controle adquirido sobre as fontes de saber ( no caso, o de género e do adoecer feminino) são fomentadoras de poder; essa condição tem repercussões também na cultura somática, em que tradicionalmente, só profissionais da área médica são detentores do saber e, portanto, do poder. Os projetos educativos na saúde tanto podem ser desenvolvidos no âmbito individual como em grupo; esta última modalidade é a mais produtora em termos de mudança nas relações, já que oferece um espaço para exercitar novas práticas de relacionamento social.

- Implementação de grupos de apoio às portadoras de doenças ditas femininas. Nesse lugar de facilitadora grupal, profissionais munidas de um olhar de género teriam como proposta educativa na saúde: detectar o funcionamento discursivo sobre a construção subjetiva feminina no adoecer; trabalhar as

práticas discursivas atravessadas pelas questões de gênero e contribuir para desconstrução de mecanismos psicosociais desencadeadores das doenças; produção e divulgação de informativos (impressos e mídia audiovisual) sobre o processo de adoecer marcado por tais características.

Nesse âmbito grupal, a proposta feminista tanto estaria interferindo no empoderamento pela via individual (autoafirmação como mulheres) como coletiva, pela ingerência nos campos institucionais das políticas públicas e socialização do saber adquirido. Se nas doenças femininas o poder dos afetos repercute no adoecimento pela via, entre outros afetos, de perdas, culpa, separação, o direcionamento de um trabalho educativo grupal na saúde teria como meta desconstruir relações, resignificando-as.

Se o processo de desconstrução aponta para construção de novos sentidos, de dar novos sentidos às relações, buscando novos rumos, um dos rumos possíveis seria a desconstrução desse modo de adoecimento; problematizando o processo da construção do adoecer, criando/construindo novas relações, novas formas de estar no mundo são rumos possíveis a serem construídos.

Novas relações com o adoecer – *a dor é ser* –, oferecendo e se dando possibilidades para a dor deixar de ser, no feminino, o centro do ser.

## REFERÊNCIAS

- Adam, J-M. (1990). *Éléments d'analyse textuelle*. Liège: Mardaga.
- Adorno, T. (1992). *Mínima Moralia*. São Paulo: Ática.
- Althusser, L. (1974). *Ideologia y aparatos ideológicos de Estado*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Alves, A. & Lago, M. (1969). Ai, que saudade da Amélia. In *Ataulfo por Helena de Lima e Adeilson Alves*. Museu da Imagem e do Som (Rio de Janeiro).
- Araújo, A.D. (2004). *A doença como ponto de mutação: os processos de significação em mulheres portadoras de lúpus eritematoso sistêmico*. Dissertação de Mestrado não publicada. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Araújo, G.R.B. de (1989). *De 'Lupus' et Homine – Contribuições a uma definição do espaço de atuação do psiquiatra em hospital geral*. Dissertação de Mestrado não publicada. Mestrado em Psiquiatria. Ciências da Saúde. Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Araújo, M. P., Gonçalves, C., Gonçalves, R., Peterson, T.V., Grandke, C. H.P., Assis, L. S., & Trevisan, F. M. (2002). Manifestações psicossomáticas nos pacientes com Artrite Reumatoide. *Revista da Associação Brasileira de Medicina Psicossomática*, 6, (1 e 2 ), 46-58.
- Arribas-Ayllon, M. & Walkerdine, V. (2008). 6. Foucauldian Discourse Analysis. In C. Willig & W. Stainton-Rogers. *The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology*. (pp.91-108). London: Sage publication.
- Austin, J. (1971). *Cómo hacer cosas con palabras*. Barcelona: Paidós.
- Ayache, L. (1992). *Hippocrate*. Paris: PUF.
- Baggio, M.A. (1995). Psicanálise e psicossomática: uma correlação de diferenças. In *Reverso – Revista de Psicanálise*, 39, 29-39.
- Baker, C.P. & Brewerton, D.A (1981). Rheumatid arthritis: a psychiatric assessment. *Br.Med.J.*, 282-299.
- Barbieri, C. P. (2001). Que culpa tem o eu...? In U.T. Peres (org.). *Culpa*. São Paulo: Escuta, pp. 23-35.
- Bartrop, R.L., Luckhurt, E., Lazarus, L. (1977). Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet*, 1, 834-836.
- Bettelheim, B. (1980). *A psicanálise dos contos de fada*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

- Birman, J. (1996). *Por uma Estilística da Existência*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Bordo, S.R. (1996). Anorexia Nervosa - Psychopathology as the Crystallization of Culture. In M. M. Gergen & S. N. Davis, *Toward a new psychology of gender*. Nova York: Routledge.
- Bordo, S.R. (1997). O corpo e a reprodução da feminilidade: uma apropriação feminista de Foucault. In A. M. Jaggar & S. R. Bordo (editoras), *Gênero, Corpo e Conhecimento* (pp.19-41). Rio de Janeiro: Record / Rosa dos Tempos.
- Braga Jr., J.W.R. (1996). *Estudo da estrutura de personalidade de pacientes portadoras de Lúpus Eritematoso Sistêmico*. Monografia de Graduação em Medicina. Curso de Medicina, Universidade Federal de Alagoas.
- Brandão, I. (Org.), (1996). *Leitura: Revista do programa de Pós-Graduação em Letras. A Mulher na Literatura: Texto e Com/Texto*, 18.
- Breuer, J. & Freud, S. (1988). Estudos sobre a histeria. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*, Vol. II (1893-1895). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).
- Brennan, T. (1997). *Para além do falo: uma crítica a Lacan do ponto de vista da mulher*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Burin, M. & Dio Bleichmar, E. (compiladoras) (1996). *Gênero, Psicoanálisis, Subjetividad*. Buenos Aires. Barcelona. México: Paidós.
- Burr, Vivien (1998). *Gender and Social Psychology*. London: Routledge.
- Burr, Vivien (2003). *Social Constructionism*. London: Routledge.
- Castells, M. (1999). *O poder da identidade*. Vol.2 da trilogia *A Era da Informação: economia, sociedade e cultura* (pp.169-285), 2º tomo. São Paulo: Paz e Terra.
- Caldeira, G. & Martins, J. D. (2001). *Psicossomática – Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: MEDSI.
- Cairus, H. F. & Ribeiro Jr., W. A. (2005). *Textos hipocráticos: o doente, o médico e a doença*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- Cardoso, S.et al. (1988). *Os Sentidos da paixão*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Castro, J.R.S. (2001). Psicossomática: uma Atividade Interdisciplinar. In G. Caldeira & J. D. Martins. *Psicossomática: Teoria e Prática* (pp.161-192). Rio de Janeiro: MEDSI.
- CERIR. (2008) Banco de imagens. Disponível em <http://www.cerir.org.br/banco.htm> acessado em 01 de outubro de 2008.

- Charaudeau, P. & Maingueneau, D. (2006). *Dicionário de Análise do Discurso*. São Paulo: Contexto.
- Chaves, M.E. (2001). O Real, o Simbólico e o Imaginário. In G. Caldeira & J. D.Martins, *Psicossomática – Teoria e Prática* (pp. 23-53). Rio de Janeiro: MEDSI. .
- Chauí, M. (1987). Sobre o medo. In S. Cardoso ... [et al.]. *Os Sentidos da paixão* (35-75). São Paulo: Companhia das Letras.
- Claret, M. (2002). *Fernando Pessoa – Mensagem* (Texto integral). Coleção A Obra-prima década Autor. São Paulo: Martin Claret.
- Colasanti, M. (1992). *Doze reis e a moça no labirinto do vento* (1992). São Paulo: Círculo do Livro.
- Corso, L.D. & Corso, M. (2006). *Fadas no divã: psicanálise nas histórias infantis*. Porto Alegre: Artmed.
- Delumeau, J. (1978). *La Peur em Occident – XIVe. – XVIIe. Siècles*. Paris, Fayard.
- Descartes, R. (1973a). *Discurso do Método*. São Paulo: Victor Civita/Abril Cultural. (Coleção Os Pensadores XV).
- Descartes, R.(1973b). *Meditações*. São Paulo: Victor Civita/Abril Cultural. (Coleção Os Pensadores XV).
- Dieppe, P. et al. (1986). *Atlas of Clinical Rheumatology*.Oxford: Medical Publishing Ltd. (ISBN- 0-9 06923-75-1.
- Dio Bleichmar, E. (1988). *O feminismo espontâneo da histeria: estudo dos transtornos narcisistas da feminilidade*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Duby, Georges (1999). *Ano 1000, ano 2000: na pista de nossos medos* .São Paulo: UNESP.
- Etkin, G. E. (1996). *Uma introdução a Lacan. – o real e a metáfora paterna*. Salvador: Máthesis.
- Fernandes, A. E. (2007, Maio 23). A insatisfação com o peso começa cedo. *Veja*,40, 49.
- Fernández, A. M. (1996). 4. De eso no se escucha: el género em psicoanálisis. In M. Burin & E. Dio Bleichmar (pp.140-175). Buenos Aires/ Barcelona / México:Paidós.
- Ferreira, A. B.de H. (1975). *Novo Dicionário de Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Fioravante, E. et al (1978). Modelo de produção, Formação Social e Processo de Trabalho. In *Conceito de Modo de Produção* (pp.31-46). Rio de Janeiro: Paz e Terra.

- Foucault, M. (1987a). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária. (Trabalho original publicado em 1963).
- Foucault, M. (1972). *A Arqueologia do Saber*. Petrópolis: Vozes. (Trabalho original publicado em 1969).
- Foucault, M. (1987b). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes. (Trabalho original publicado em 1975).
- Foucault, M. (1985). *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal. (Trabalho original publicado em 1976).
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Fraisse, G. e Perrot, M. (1991). História das Mulheres – O Século XIX, vol.4. In G. Duby & M. Perrot (Eds.), *História das Mulheres no Ocidente*. Porto: Afrontamento/ São Paulo: Ebradil.
- Freud, S. (1980). As neuropsicoses de defesa. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, edição standard brasileira*, Vol.III. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1894).
- Freud, S. (1986). A sexualidade na etiologia das neuroses. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Vol.III. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1898).
- Freud, S. (1987). Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Vol.VI. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1901).
- Freud, S. (1987). A interpretação dos sonhos. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Vol. V. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1900).
- Freud, S. (1989). Fragmentos da análise de um caso de histeria. In *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Vol.VII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905[1901]).
- Freud, S. (1901). Sobre a psicopatologia da vida cotidiana. E.S.B.
- Freud, S. (1969). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. In *Obras psicológicas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Vol.XII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1911).
- Freud, S. (1969). Pulsões e suas vicissitudes. In *Obras psicológicas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).

- Freud, S. (1974). O mal-estar na civilização. In *Obras psicológicas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Vol.XXI. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1930).
- Freud, S. (1974). Sexualidade feminina. In *Obras psicológicas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1931).
- Freud, S. (1976). Feminilidade. In *Obras psicológicas de Sigmund Freud: edição standard brasileira*. Vol.XXII. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933).
- Freyre, K. (2001). *A fantástica história dos contadores de histórias no reino do tudo é possível (histórias para acordar os homens)*. Recife: EDUPE.
- Gergen, Mary M. & Davis, Sara N. (1996). *Toward a new psychology of gender: a reader*. Nova York, Routledge.
- Goldenberg, M. (2001). *A arte de pesquisar – como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais*. Rio de Janeiro/São Paulo: Record.
- Gravitz, M. (1990). *Méthodes em sciences sociales*. Paris: Dalloz.
- Grimm, J. & W. (1994). *Contos de Grimm*. Belo Horizonte: Villa Rica.
- Groddeck, G. (1991). *O Livro d'Isso*. São Paulo: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1923).
- Guir, J. (1988). *A Psicossomática na clínica lacaniana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Guirado, M. (1995). *Psicanálise e análise do discurso – matrizes institucionais do sujeito psíquico*. São Paulo: Summus.
- Haynal, A. et al. (2001). *Medicina Psicossomática – Abordagens Psicossociais*. Rio de Janeiro: MEDSI.
- Helfenstein Jr., M. (2004). Epidemiologia e Classificação das Doenças reumáticas. In E. I. Sato, *Reumatologia* (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar, UNIFESP/Escola Paulista de Medicina). São Paulo: Manole.
- Iñiguez, L. (2007). *Análise do Discurso*. Disponível em. <http://anatalya.uab.es//liniguez/> acessado em 01 de outubro de 2008
- Jaeger, W.W. (1986). *Paidéia: a formação do homem grego*. São Paulo: Martins Fontes.
- Jaggar, A. M. & Bordo, S.R. (editoras) (1997). *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Record / Rosa dos Tempos.

- Joaquim, T. (1997). *Menina e Moça – A construção social da feminilidade, séculos XVII – XIX*. Lisboa: Fim de Século.
- Kamieniecki, M. (1994). *Histoire de la psychomatique*. Paris: PUF.
- Kehl, M.R. (1996). *A mínima diferença: masculino e feminino na cultura*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kehl, M. R. (1998). *Deslocamentos do Feminino: a mulher freudiana na passagem para a modernidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kirkhood, J. (1987). *Feminários*. Federación de Mujeres Socialistas. Casa de la Mujer “La Morada”: Santiago do Chile.
- Lacan, J. (1974-1975). RSI, inédito.
- Lacan, J. (1998). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In *Escritos* (pp.493-533). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1957).
- Lacan, J. (1995). *Livro 2 – O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise (Le Séminaire 1954-1955)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1978).
- Lacan, J. (1990). *Livro 11 – Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (Le Séminaire 1964)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1964).
- Laplanche, J.e Pontallis (1977). *Vocabulario de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes
- Limoeiro, C. M. (1978). *Ideologia de Desenvolvimento. Brasil: JK-JQ*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Lopes, E. M. T. & Louro, G. L. (1990). *Educação & Realidade* 16(2). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Macclary, A. R. et al. (1955). Observations on role of depression in some patients with disseminated lupus erythematosus. *Psychosom. Med.*, 17, 311.
- Martins, J. D. (2001). A Postura psicossomática na Prática Médica. In G. Caldeira & J.D. Martins. *Psicossomática: Teoria e Prática* (pp.133-160). Rio de Janeiro: MEDSI.
- Marx, K. (1975). *O Capital – Crítica da Economia Política*. vol. I. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.(Trabalho original publicado em 1890).
- Marx, K. & Engels, Fr. (s/d). *A ideologia Alemã – Crítica da Filosofia Alemã mais recente*. Portugal: Presença/ Brasil: Martins Fontes.(Trabalho original publicado em partes, em 1847; primeira edição integral, em 1932).



- Mello Filho, J. de (1983). *Concepção Psicossomática: Visão Atual*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Mello Filho, J. de. (1992). *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed.
- Mello Filho, Júlio et al. (2000). *Grupo e Corpo – Psicoterapia de grupo com pacientes somáticos*. Porto Alegre : Artes Médicas.
- Melo Neto, João Cabral de. (1979). *Poesias completas*. Rio de Janeiro: José Olympio.
- Merchant, C. (1982). *The Death of nature*. London: Wildwood House.
- Money, J. (1955). *Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings*. Baltimore Bull: John Hopkins Hospital.
- Moraes, M. H. M. de. (1996). Tecendo uma nova Penélope. In I.de F.O. Brandão (org.). *Leitura: Revista do Programa de Pós-Graduação em Letras*. A Mulher na Literatura: Texto e Com/Texto, 18, 77-84.
- Morin, E. (1996). *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Morin, E. (1997). *Meus demônios*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Morin, E. (2000). *A inteligência da complexidade* (2000). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Nasio, J.-D. (1993). *Psicossomática – as formações do objeto a*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Nogueira, C. (2001). *Um Novo Olhar Sobre as Relações Sociais de Género: Feminismo e Perspectivas Críticas na Psicologia Social*. Braga, Portugal: Fundação Calouste Gulbenkian / Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Orlandi, E. P. (2001). *Análise de Discurso: princípios e procedimentos*. Campinas (SP): Pontes.
- Otto, R. & Mackay, I. (1967). Psychosocial and emotional disturbance in systemic lupus erythematosus. *Med. J. Aust.*, 2, 488.
- Parker, I. (1992). *Discourse Dynamics: Critical Analysis for social and individual psychology*. London: Routledge.
- Parker, I. (2006). *Cultura psicanalítica: discurso psicanalítico na sociedade ocidental*. São Paulo: Idéias & Letras. (Trabalho original publicado em 1997).
- Parker, I. (1999). *Critical Textwork: An introduction to varieties of discourse and analysis*. Buckingham: Open University Press.
- Pascal, B. (1973). *Pensamentos*. São Paulo: Abril Cultural (Coleção Os Pensadores, XVI).

- Pateman, Carole (1988). *The Sexual Contract*. Califórnia: Stanford Univ.Press.
- Paveau, M-A. & Sarfati, G-É. (2006). *As grandes teorias da lingüística: da gramática comparada à pragmática*. São Carlos: Claraluz.
- Pena-Vega, A. e Nascimento, E.P. do (organizadores)(1999). *O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. Rio e Janeiro: Garamond.
- Peres, U.T. (org.). *Culpa*. São Paulo: Escuta.
- Perrault, Charles (1989). *Contos de Perrault*. Belo Horizonte: Itatiaia.
- Pinheiro, O.G. (2000). Entrevista: uma prática discursiva. In M.J.P. Spink (org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano – aproximações teóricas e metodológicas* ( pp.183 – 161). São Paulo: Cortez.
- Queiroz, M.V. de & Seda, H. (2007). *História da Reumatologia*. Porto Alegre: Kalligraphos.
- Richardson, R.J. (1999). Métodos quantitativos e qualitativos. In *Pesquisa social – métodos e técnicas*, pp.70 –103. São Paulo: Atlas.
- Rosenblat, S., Oreskes, I., Meadow, H. & Spiers, H. (1968). The relationship between antigammaglobulin activity and depression. *American Journal of Psychiatry*, 124, 1640-1644.
- Rosemberg. M.I. (1996). El fantasma del feminismo. In M. Burin & E. Dio Bleichmar (compiladoras), *Género, Psicoanálisis, Subjetividad* (pp.267-288). Buenos Aires/Barcelona/México: Paidós.
- Rousseau, J.-J. (1762/1973). *Do Contrato Social*. São Paulo: Victor Civita/Abril Cultural. (Coleção os Pensadores XXIV).
- Rousseau, J.-J. (1762/1995). *Emílio ou da Educação*. São Paulo: Martins Fontes.
- Rubin, G. (1993). *O tráfico das mulheres: notas sobre a “Economia política” do sexo*. Recife: SOS Corpo.
- Sánchez, A. (1999). A noção dialógica e meus encontros com Edgar Morin. In A. Pena-Vega & E.P. do Nascimento (org.). *O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Sato, E.I. (1999). *Lúpus Eritematoso Sistêmico*. Universidade Federal de São Paulo/Sociedade Brasileira de Reumatologia.
- Sato, E.I. (2004) (Coordenação). *Reumatologia* (Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da UNIFESP/Escola Paulista de Medicina). São Paulo: Manole.

- Scott, J. (1990). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In E. M. T.Lopes & G.L.Louro (org.). *Educação & Realidade*, 16, 5-22.
- Scliar, M. (2007). *Enigmas da culpa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Seyle, H. (1936) A syndrome produced by diverse nervous atents. *Nature*, 148, 32.
- Shiller, P. (2006). Organismo, Corpo, Linguagem. *Viver, Mente & Cérebro. Lacan, A Lógica do sujeito. Memória da Psicanálise*, 4, 82-91.
- Sledziewski, E.G. (1991). Revolução Francesa. A Viragem. In G. Fraisse & M. Perrot. , *História das Mulheres. O Século XIX*. vol. 4 (pp.41-57). Porto: Afrontamento / São Paulo: Ebradil.
- Smith, J.A. (Eds). (2003). *Qualitative Psychology: A Pratical Guide to Research Methods*. London: Sage.
- Sontag, S. (1990). *Illness as Metaphor and Aids and its Metaphors*. 1. combined edition, New York, Anchor Book.
- Stoller, R.(1968). *Sex and Gender*. Vol.1. New York: Science House.
- Stoller, R. (1993). *Masculinidade e feminilidade: apresentação do Gênero*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Storniolo, Ivo & Balancian, E.M. (1989). Bíblia Sagrada. São Paulo: Sociedade Bíblica Católica Internacional e Edições Paulinas.
- Traverso-Yépez, M. (1999). Os discursos e a dimensão simbólica: uma forma de abordagem à Psicologia Social. *Estudos em Psicologia*, 4 (1), 39-59.
- Valabrega, J.P. (1980). *Fantasma, Mito e Sentido*. Payot.
- Valas, P. (1990). Horizontes da psicossomática. In R.Wartel et al. *Psicossomática e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Vance, C. (1984). Pleasure and danger: towards a politics of sexuality. In C.vance (org.) *Pleasure and danger: exploring female sexuality*. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- Villar, M. J.P. & Sato, E. I. (2001). *Estimando a incidência de lupus eritematoso sistêmico em Natal/Rn-Brasil*. Trabalho apresentado na XVI Jornada Brasileira de Reumatologia e XIII Jornada do Cone-Sul de Reumatologia, Florianópolis, Santa Catarina.
- Volich, R.M. (2000). *Psicossomática: de Hipócrates à psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Wartel, P. et al. (1990). *Psicossomática e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.

- Willig, C. (1999). *Applied Discourse Analysis: Social and psychological interventions*. Buckingham: Open University Press.
- Willig, C. (2003). Discourse Analysis. In J.A.Smith (Eds). *Qualitative Psychology: A Pratical Guide to Research Methods* ( pp. 159-183). London: Sage.
- Willig, C. (2008). 7. Foucauldian discourse analysis. *Introducing qualitative research in Psychology*. (pp.112-131). London Open University Press.
- Willig, C. & Stainton-Rogers,W. (2008). *The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology*. London: Sage Publications.
- Wilkinson, S. & Kitzinger, C. (1995). *Feminism and discourse: psychological perspectives*. London: Sage.
- Zerbini, C.A.F. & Fidelix, T.S.de A. (1989). *Conversando sobre lupus: um livro para o paciente sua família*. São Paulo: Roca.
- Zima, P. (1983). Los mecanismos discursivos de la ideologia. In *Semiosis*, 11, Holanda.
- Zouali, M. (2005). Duro Combate ao Lúpus. *Scientific American Brasil*, 36, 58-65.

ANEXO 1 – *Ai, que saudade da Amélia*

Ataulfo Alves (música) e Mário Lago (letra), 1969.

Nunca vi fazer tanta exigência  
Nem fazer o que você me faz  
Você não sabe o que é consciência  
Nem vê que eu sou um pobre rapaz  
Você só pensa em luxo e riqueza  
Tudo que você vê você quer  
Ai, meu Deus, que saudade da Amélia  
Aquilo sim é que era mulher

Às vezes passava fome ao meu lado  
E achava bonito não ter o que comer  
E quando me via contrariado  
Dizia: Meu filho, que se há de fazer

Amélia não tinha a menor vaidade  
Amélia é que era mulher de verdade  
Amélia não tinha a menor vaidade  
Amélia é que era mulher de verdade

Às vezes passava fome ao meu lado  
E achava bonito não ter o que comer  
E quando me via contrariado  
Dizia: Meu filho, que se há de fazer

Amélia não tinha a menor vaidade  
Amélia é que era mulher de verdade  
Amélia não tinha a menor vaidade  
Amélia é que era mulher de verdade